

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNA/SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP**

José Airton de Araújo

Pelotas, 2015

JOSÉ AIRTON DE ARAÚJO

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família, da Universidade Federal de Pelotas,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Paulo Faria Bonat

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

A658m Araújo, José Airton de

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP / José Airton de Araújo; Paulo Faria Bonat, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

121 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Bonat, Paulo Faria, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este TCC aos meus familiares,
sobretudo à minha esposa, Alexandra,
que tem contribuído de forma a
engrandecer, veementemente, esta
pesquisa; ao meu pai (*in memoriam*), José
Maria de Araújo (José Olímpio), como era
conhecido, aos amigos e às pessoas que
me incentivaram ao longo desta
caminhada.

Agradecimentos

À Deus, nosso guia, por nos dar sabedoria, paciência e inteligência.

Ao professor Dr. Paulo Faria Bonat, orientador que considero exímio e justo, pelos seus ensinamentos e correções esmeras, e de valioso rigor. Aprendi muito!

À Doutoranda em Linguística (UFC), professora de Língua Francesa e de Língua Portuguesa, da UNIFAP, Alexandra Maria, exemplo de ética e profissionalismo pelo incentivo no início e durante este trabalho, pela atenção dispensada, grande honra para mim.

Aos meus familiares: meu pai, José Maria de Araújo (José Olímpio – *in memoriam*); meu avô, Luís Gonzaga de Araújo (Luís Olímpio); minha mãe, Margarida Raimunda de Araújo e aos meus irmãos, José Wilson de Araújo (*in memoriam*), Auricélio, Eliane e Célia, bem como meus cunhados: Maurício, Elisângelo, César, Márcia e Márcio.

À minha sogra Benícia Jacinto de Castro, pelo incentivo de me ver sempre em busca de atingir os objetivos.

Aos colegas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que contribuem com a saúde no estado do Amapá.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro, em Macapá/AP e, em especial, aos integrantes da Equipe de Saúde da Família que atuaram juntamente comigo: enfermeira Valéria; técnicos de enfermagem: Ana Paula, D. Rai, Felipe e Iraceny; agentes comunitários de saúde: Ana Lúcia, Antônia, Irlon, Railan e Rai morena.

À diretora da UBS Perpétuo Socorro, Janete Silva e ao vice-diretor, Bené.

A consciência me diz ter acertado e
errado na vida, mas sempre por ação,
nunca por omissão. Os desafios não
foram suficientemente pesados para
impedir a caminhada.

Autor desconhecido

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	71
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	72
Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	73
Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	73
Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	74
Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	74
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	75
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	75
Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	76
Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	76
Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	77
Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	77
Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	78
Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	78
Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	79
Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	79
Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	80

Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	81
Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	81
Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	82
Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	82
Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	83
Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	83
Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	84

Lista de Abreviaturas/Siglas

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACUR - Ácido úrico
AIDS - Vírus da Imunodeficiência Adquirida
AP - Amapá
AR - Artrite Reumatoide
ASLO – Anticorpo Antiestreptolisina
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAD - Caderno de Atenção Básica
CB - Circunferência Braquial
CID - Código Internacional de Doenças
CF – Constituição Federal
CFM - Conselho Federal de Medicina
CMV – Citomegalovírus
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRM - Conselho Regional de Medicina
CR – Creatinina
CVS - Centro de Vigilância da Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DM - Diabetes Mellitus
DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAS - Elementos Anormais Sedimentados
ECM - Exame Clínico Médico
EPF - Elementos Parasitológicos de Fezes
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GGT – Gama – gt
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HMG – Hemograma
HPV – Papilomavírus humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC (a) - Índice de Massa Corporal (altura)
IMC (e) - Índice de Massa Corporal (envergadura)

IMC - Índice de Massa Corporal
MCP – Macapá
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCR - Polimerase de Reação em Cadeia
PMM - Prefeitura Municipal da saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNM - Pneumonia
PNPS - Política Nacional de Prevenção a Saúde
PROVAB - Programa de Valorização de Atenção Básica
PSA - Antígeno Prostático Específico
PSF - Programa Saúde da Família
RNM – Ressonância Magnética
SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar
SIC – Segundo Informações Contadas
SEMSA - Secretaria Municipal da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TC - Tomografia Computadorizada
TGO - Transaminase Glutamo-Oxalacético
TGP - Transaminase Glutamopirúvica
TTOG - Teste de Tolerância a Glicose
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UEA – Universidade do Estado do Amazonas
UFpel - Universidade Federal de Pelotas
UNA - SUS – Sistema Universidade Aberta do SUS
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
USG - Ultrassonografia
VHB - Vírus da Hepatite B
VHC - vírus Hepatite C

SUMÁRIO

1	Análise situacional	13
1.1	Texto sobre a situação da ESF/APS	13
1.2	Relatório da análise situacional	14
1.3	Texto comparativo	37
2	Análise Estratégica	38
2.1	Justificativa	38
2.2	Objetivo Geral	40
2.2.1	Objetivos específicos	40
2.2.2	Metas	40
2.3	Metodologia	42
2.3.1	Ações/detalhamento	43
2.3.2	Indicadores	57
2.3.3	Logística	61
2.3.4	Cronograma	62
3	Relatório da Intervenção	63
3.1	Ações Desenvolvidas	63
3.2	Ações Não Desenvolvidas	64
3.3	Dificuldades Encontradas	64
3.4	Incorporação à rotina	64
4	Avaliação da Intervenção	65
4.1	Resultados	65
4.2	Discussão	79
4.3	Relatório da intervenção para gestores	84
4.4	Relatório da intervenção para comunidade	87
5	Reflexão sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem	90
	Referências	91
	Apêndices	94
	Anexos	101

RESUMO

ARAÚJO, José Airton de. **Melhoria da atenção à saúde aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP.** 2015. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este estudo com base na ação programática escolhida para a intervenção em Hipertensos e Diabéticos, na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP, vinculada ao PSF e ao PROVAB, do MS juntamente com a UNA-SUS, cujo acompanhamento dá-se pela UFPel tem como objetivo geral melhorar a atenção à Saúde do usuário portador de hipertensão e diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP. O período da intervenção correspondeu aos meses de agosto à outubro/2014. A metodologia foi baseada em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica, nos quais foram desenvolvidas as ações vinculadas aos objetivos específicos. Os principais resultados mostram que, no período da intervenção, as ações foram bem desenvolvidas e bem aceitas pela população e pela equipe. Sendo assim, mesmo com reduzido número de equipes, falta de transporte para as visitas domiciliares e falta de EPI's, a intervenção, com duração de apenas três meses, logrou êxito quanto às orientações que foram repassadas a uma população tão carente de atenção e informação em relação à alimentação saudável, prática de atividade física, não uso do tabagismo.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Doença crônica. Diabetes mellitus. Hipertensão.

RÉSUMÉ

ARAÚJO, José Airton de. **Amélioration de l'Attention à la Santé aux utilisateurs avec l'hypertension et le diabète sucré chez UBS Perpétuo Socorro, à Macapá/AP.** 2015. 127f. Travail de Conclusion de Cours - Cours de Spécialisation en Santé Familiale. Université Fédérale de Pelotas, Pelotas.

Cet étude basée sur l'action programmatique choisie pour l'intervention dans hypertendus et les patients diabétiques dans l'UBS Perpétuel Secours en Macapá/AP, du PSF et du PROVAB, liée au MS/Brésil avec l'UNA-SUS, dont la surveillance a lieu à l'UFPEl a l'objectif générale améliorer l'attention à la santé des patients atteints d'hypertension artérielle et le diabète sucré chez UBS Perpétuel Secours à Macapá / AP. La période de l'intervention a durée trois mois d'Août à Octobre / 2014. La méthodologie a été basée en quatre axes: la surveillance et l'évaluation; l'organisation et la gestion de service; la participation du public et la qualification de la pratique clinique, dans lesquels ont été développées les actions liées aux objectifs spécifiques. Les principaux résultats montrent que, dans la période de l'intervention, les actions ont été développées et bien acceptées par la population et par l'équipe. Ainsi, même avec un petit nombre d'équipes, le manque de transport pour les visites à domicile et le manque de EPI, l'intervention, qui ne dure que trois mois, a été un succès sur les lignes directrices qui ont été transmises à une population si peu d'attention et de l'information par rapport à l'alimentation saine, l'activité physique et ne pas utiliser le fume.

Mots-clés: La santé de la famille. L'attention primaire à la santé. Maladie chronique. Le diabète. L'hypertension.

Apresentação

Este trabalho trata da Atenção à Saúde em usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro, em Macapá/AP. Para tanto, o TCC está organizado assim: o primeiro capítulo trata da Análise Situacional da Equipe de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde. O segundo capítulo diz respeito à **Análise Estratégica**, subdividido em três seções, sendo: Justificativa; Objetivos e Metas e Metodologia em que esta última seção se subdivide em: Ações/Detalhamento; Indicadores; Logística e Cronograma. O terceiro capítulo intitulado **Relatório da Intervenção** relata ações que foram desenvolvidas e as que não foram examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente. Além disso, dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, bem como análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. O quarto capítulo, **Avaliação da Intervenção**, subdividido em quatro seções, são elas: Resultados, Discussão, Relatório da intervenção para gestores e Relatório da Intervenção para comunidade e apresenta a descrição da população sujeita à intervenção, bem como a descrição de cada indicador – objetivo específico, meta e resultados alcançados e gráficos, contribuindo para o comportamento observado ao longo da intervenção, de forma a enfatizar para os gestores e comunidade a qualificação da saúde resultante da intervenção, bem como o que a população ganhou com o trabalho desenvolvido. No quinto capítulo apresentamos a **Reflexão sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem** baseado na reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento do curso e em que este se mostrou relevante para a prática profissional. Posterior, as **Referências**, seguindo-se dos **Apêndices** e dos **Anexos**.

Esperamos que com este trabalho, além de contribuir com a saúde pública, possamos refletir sobre a prática clínica visando um melhor atendimento à população na Saúde Básica.

1. Análise situacional

1.1. Texto sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro, situada na cidade de Macapá/AP, é uma das UBS que faz a maior cobertura em Atenção Primária à Saúde. A população pode ter atendimento nas áreas de pediatria, ginecologia, clínica médica, odontologia e pequenos procedimentos cirúrgicos como sutura que é, muitas vezes, o carro-chefe em nível de UBS, sabendo-se que muitas UBS espalhadas pelo país não chegam a ofertar esse tipo de atendimento.

Quanto à estrutura física, é um prédio de dois andares, sendo no andar inferior: cinco salas de atendimento ambulatorial climatizadas, banheiro masculino e feminino para os usuários, *hall* de recepção para aguardar atendimento médico, balcão para marcação de consulta, sala de distribuição de medicamento – farmácia própria, refeitório para lanche dos funcionários e, no andar superior, uma sala de atendimento médico, esta reservada exclusivamente para os profissionais do PROVAB, sala da diretoria, salas de conforto para médicos e enfermeiros, ambulatório para realização de exames, almoxarifado, sala para análise da gota espessa (malária).

No trabalho de minha equipe, não havia médico do PROVAB. Com a minha chegada, a equipe ficou completa, sendo formada por uma enfermeira, um médico, cinco técnicos, cinco ACS, um dentista e um técnico auxiliar dentário. Para outra equipe, está sendo aguardada a chegada de outro profissional médico do PROVAB. Até o momento, há equipes de saúde da família sem médico na UBS em que atuo.

Quanto ao processo de trabalho, organizamos uma escala de atendimento semanal dividido em visita domiciliar, emergência, puericultura, hiper/dia (hipertensos/diabéticos), planejamento familiar, pré-natal e ação social, sendo o final da semana reservado para reunião com a equipe, tendo em vista a apresentação das atividades ocorridas ao longo da semana, o que chamamos de produção. Há, ainda, nesta UBS, uma carência de medicamentos, a exemplo de outras UBS que temos notícia pelo país. Antes de minha chegada e da intervenção, o atendimento era feito de forma aleatória, sem controle de registro das informações pertinentes aos usuários atendidos em consultas anteriores.

Em relação ao processo de trabalho com a população, o atendimento está sendo desenvolvido pelos profissionais da ESF que nela estão alocados. Nossa relação com a comunidade é a melhor possível, tendo em vista as dificuldades enfrentadas nas atividades normais para tais situações, por exemplo, a falta de medicamentos em que explico ao usuário que está faltando um determinado medicamento, mas ele poderá deslocar-se para pegar no setor de maior referência no município e estado, considerando a responsabilidade social pela saúde do cidadão, a qual compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população”, conforme a Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 30, item VII.

Para finalizar, exames que não são realizados na UBS por serem considerados de maior complexidade e não dispor de equipamentos como Raio X, exames para análise de processo reumatológico, ultrassom são encaminhados para setores de referência no Estado. Além disso, especialidades como endocrinologia, urologia e cirurgia também são encaminhados, o que antes não tinha um profissional para fazer estes encaminhamentos. Sei que a dificuldade de compreensão por parte da população faz parte de uma exigência que lhe é inerente, haja vista as responsabilidades que o setor da saúde pública deve ter para com o cidadão. No entanto, por ser uma UBS, como o próprio nome do local o referencia não é de atendimentos com uma complexidade maior, logo, situações em que estão ao nosso alcance, a equipe procura resolvê-las da melhor maneira, de forma que a comunidade entenda o perfil deste tipo de atendimento.

1.2. Relatório da Análise Situacional

O município que estou alocado é Macapá, no estado do Amapá, localizado no extremo-norte do país com uma população de 446.757 habitantes, segundo dados do IBGE (2014). Quanto ao número de UBS são 23, das quais cinco são compostas com ESF. Já a disponibilidade de UBS com NASF é 08. Em contrapartida, não há disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO), apenas um vinculado ao estado. No que tange à disponibilidade de atenção especializada existe apenas uma, a qual atende algumas especialidades, como: cardiologia, geriatria, dermatologia e oftalmologia. No que se refere à disponibilidade de serviço hospitalar não existe. Já para a disponibilidade de exames

complementares são três UBS, sendo que será ampliado provavelmente, por meio de licitação, o número de UBS a realizarem exames a partir do início de julho/2014, segundo a biomédica responsável.

A UBS em que atuo é localizada na zona urbana possuindo vínculo com o SUS, considerando seu modelo de atenção como mista, isto é, atua como ESF e tradicional. Algumas instituições de ensino particulares de nível médio e superior, da capital Macapá, enviam seus alunos para a realização de estágio. Quanto à composição das equipes, fazia cobertura de duas equipes, no entanto, há duas semanas foi enviada uma médica cubana, do Programa Mais Médicos para a realização da cobertura da Equipe 2, logo, procedeu-se a atualização do questionário. A equipe de que faço parte é composta de um médico, um dentista, uma enfermeira, um auxiliar em saúde bucal, seis técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Já a 2ª Equipe é composta de uma médica, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

No que tange à Apresentação da Estrutura física da UBS em que desenvolvo meu trabalho de forma a vincular com esta Análise Situacional, minha reflexão crítica diz respeito ao que se está escrito e que não corresponde à realidade vivenciada pelas UBS espalhadas no país, inclusive a que estou como se é demonstrado no artigo de Siqueira e Cols (2009) para as regiões Nordeste e Sul analisadas, bem como no Manual da Saúde que trata da Estrutura das UBS, além do artigo que se refere à inacessibilidade de idosos e deficientes, chamadas de barreiras arquitetônicas.

Em geral, as UBS do país foram construídas não obedecendo aos parâmetros da legislação vigente, como foi baseado no estudo relativo à Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1975, que proclama o direito às pessoas com mobilidade reduzida temporária ou permanente. Consoante a isto, esta resolução refletiu em muitos estados signatários, tanto que, no Brasil, a Emenda Constitucional nº 12 assegurou a melhoria das condições sociais e econômicas mediante educação especial e gratuita, assistência à reabilitação e reinserção na vida econômica e social do país, segundo o artigo de Siqueira e Cols (2009). Com isso, as UBS vêm se adequando em função de legislação que exige contemplar as necessidades das pessoas com deficiência de mobilidade, idosos ou deficientes físicos.

Cabe refletir, também, por motivos muitas vezes políticos, espaços são alugados sem a mínima condição de atuar como uma UBS no que se exige, pela própria legislação vinculada ao MS, por exemplo, rampas não só na entrada da UBS como no seu ambiente interior, corrimãos nas escadas e nos corredores, além de sanitários separados por sexo para os usuários, bem como para os deficientes com dificuldade locomotora. Verifica-se que a sinalização internacional que é citada no Manual não é seguida pelas UBS no país afora. Na UBS em que atuo, há placas indicativas do atendimento que é oferecido na Unidade, uma entre um andar e outro, a qual dá o direcionamento das salas situadas no andar superior, além das que estão nas portas indicando o serviço, como: Laboratório, Consultório, Malária, Esterilização etc.

Enquanto não há uma reforma para adequar a UBS ao acesso de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme legislação arquitetônica proposta pelo MS para as UBS, uma das estratégias para melhorar, superar ou minimizar estas deficiências quanto à estrutura arquitetônica da UBS em que atuo, seria o atendimento no térreo, já que a sala de atendimento fica no andar superior, tendo em vista não haver a acessibilidade. Diante da circunstância de um atendimento no térreo, atrasando o atendimento em outros setores, o que não deveria acontecer, foi feito o relato do acontecido à diretora da UBS, como forma de sinalizar para uma modificação no sentido de construir uma rampa de acesso, sem degraus, de forma circular não prejudicando o acesso das pessoas que buscam atendimento médico e que apresentam deficiência de mobilidade. Na lateral da UBS existe uma porta trancada que dá para uma escada, a qual poderia ser transformada em uma rampa sem que prejudicasse o acesso não só desta clientela, mas como da população em geral que busca atendimento, sabendo que o público idoso e o de mobilidade reduzida só tende a aumentar com o passar dos anos, segundo os dados do IBGE (2010). De acordo com a diretora, a UBS foi construída há, aproximadamente, 18 anos, por isso está nos moldes antigos e sua reforma dependeria de um projeto atrelado a uma licitação e que isso requeria tempo, como todo processo burocrático, mas que minha ideia, segundo ela, era interessante para a UBS e a população.

Na minha concepção e em relação às imagens vistas no Manual da Saúde, se fizéssemos uma comparação, a UBS em que atuo não se enquadraria nos moldes referendados pelo MS. Na realidade, a exigência de uma série de alterações

deve ser implementada para que se tenha pelo menos o mínimo da capacidade para atendimento em se tratando de saúde e, como frisado anteriormente, a necessidade de inclusão, na Atenção Básica, da promoção da mobilidade e do acesso de pessoas com deficiências físicas, auditivas, motoras, além das de terceira idade ao local de assistência, já que é um direito de ir e vir. Em relação ao piso da UBS, este não é antiderrapante, tampouco obedece à indicação de *Braille*. A UBS Perpétuo Socorro localiza-se em uma região baixa, tanto na rua quanto na calçada há buracos, os quais dificultam ainda mais o acesso de pessoas com mobilidade reduzida. Isto é frequente nos seis primeiros meses do ano, devido ao intenso período de chuva. Apesar desta intensa quadra chuvosa, de vez em quando, há falta de água nas torneiras, o que inviabiliza atividades como: coleta de sangue, pequenos procedimentos, preventivo etc.

Quanto ao aspecto externo e interno da UBS, este nos dá a impressão de desleixo por parte do poder público municipal. Não há tapetes no *hall* da entrada principal nem na entrada das salas, bem como há cadeiras sem braço e sem encosto, denotando um abono e falta de atenção à população desprovida de assistência básica em saúde e que encontra no local de atendimento, de início, uma situação desconfortante e vexatória. Seria muito melhor encontrar um ambiente aconchegante quando se trata de uma enfermidade ou patologia pré-existente, para isso, a impressão do ambiente acolhedor faz a diferença. Além disto, por ter conhecimento das deficiências apresentadas na saúde em relação às atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional na UBS, mesmo com estes percalços que poderiam afetar nosso trabalho, não deixamos de realizar as visitas em dia de sol, em que a região é de clima quente e úmido, chovendo quase todos os dias e que, por outro lado, há ACS e técnicos de enfermagem afastados por problema de saúde por esta exposição excessiva ao sol, sem receberem o kit de EPI: boné, camisa manga longa, protetor solar, botas etc. Os que permanecem na equipe se engajam de forma a não prejudicar o andamento das ações programáticas a que lhes são atribuídas. Faz-se importante frisar que nos é cobrada produção para prestar conta ao final do mês, mas quanto à devida proteção da saúde dos profissionais, inclusive eu, que deveria receber os instrumentos de proteção, não se é comentado.

Em dias de chuva, as visitas da ESF são canceladas por ser impossível o acesso às residências dos pacientes, cujas habitações se localizam em região de

baixada, de alagado e de palafitas em que há um acúmulo de água embaixo das residências (fezes e urinas são jogadas a céu aberto juntando-se à água da chuva) que nem os próprios moradores conseguem se deslocar para seus trabalhos e outras atividades afins. Assim, ficamos impedidos de entrar na região, evitando correr risco de se contaminar. Nesta mesma região, corre-se o risco de ser assaltado, pois o índice de violência é considerado alto para a mídia local, em virtude da extrema pobreza ali existente. Mesmo com todas estas dificuldades apresentadas, não deixamos de realizar nosso trabalho, o que é muito gratificante poder contribuir para a saúde dos menos assistidos por uma imposição do sistema sócio-político-econômico.

Ainda com referência às atribuições da equipe, quando da visita domiciliar, os ACS, os técnicos de enfermagem e o médico não dispõem de meios de transporte para o deslocamento na área de abrangência da UBS, a não ser a pé, tampouco se dispõe de materiais como balanças para crianças, material de expediente e equipamentos de proteção individual: uniforme consistindo em blusas de mangas compridas, a exemplo dos trabalhadores dos Correios como os carteiros, além de bonés, botas, chapéus e filtro solar, a não ser que adquiram por conta própria. Quanto ao uso do computador, o cadastro das famílias e dos indivíduos, os quais são acompanhados pela equipe multiprofissional é realizado de forma manual sem o uso da tecnologia. Todas as atividades inerentes às informações dos usuários da saúde na UBS são feitas manualmente, ou seja, sem o uso do computador. Quanto à manutenção e reposição de equipamentos, alguns são feitos de maneira insatisfatória e, outros, ficam na promessa para resolução da situação.

Em relação às medicações simples como dipirona e AAS, os quais deveriam ser encontrados facilmente na farmácia da UBS, é preciso que o usuário tenha condição de comprar, mesmo que sua situação não seja favorável, já que é uma medicação essencial para sua saúde no momento. Por outro lado, a justificativa dos gestores da UBS é de que o processo licitatório está em conclusão, portanto, aguardando a compra dos medicamentos. Examinando alternativas para ampliar as possibilidades de atuação e avanço da Saúde na Família, geradas pelo programa, compreende-se que a promoção da saúde parece apresentar-se como uma forma de pensar e agir em sintonia com a educação da população, favorecendo a relação entre as áreas de Educação e Saúde, de forma a sinalizar as afinidades inerentes a estes domínios, baseando-se na universalização dos direitos fundamentais,

desenvolvendo uma maior proximidade com os cidadãos no país, como frisa o ditado popular “todo país de pessoas educadas, apresenta também saúde”, porque a educação gera conscientização para um melhor cuidado à saúde.

No que diz respeito aos materiais de consumo e insumos, na UBS em que atuo como na maioria das UBS, há uma deficiência no abastecimento de materiais e, quando há disponibilidade destes materiais básicos para uma UBS, na maioria das vezes apresenta-se de forma insuficiente para suprir a demanda, por exemplo: agulhas descartáveis, álcool, anestésico local com e sem vasoconstritor, luvas para procedimentos, material para pequenas suturas, seringas, dentre outros. Estes são, na maioria das vezes, materiais que deveriam ter de forma suficiente já que quando um paciente com pequeno corte chega a um hospital de atendimento de maior porte, a reclamação dos profissionais que lá estão é a de que situações pequenas deveriam ser resolvidas em nível de UBS e, muitas vezes, não se resolve por não ter justamente estes materiais essenciais.

Em relação aos medicamentos e preservativos, embora tenha Portaria no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na AB em que a aquisição, ou seja, o financiamento dá-se de forma tripartite (município, Estados e DF), ao responder o questionário em conjunto com o farmacêutico da UBS, observou-se que não havia medicamentos essenciais como antibióticos: amoxicilina, cefalexina, azitromicina; antimicóticos: cetoconazol, miconazol, itraconazol, este seja comprimido ou solução, além de medicamentos para suprir anemia como sulfato ferroso, ácido fólico, bem como um inibidor da bomba de prótons que é o medicamento mais comum de se encontrar no mercado farmacêutico ou na farmácia popular, o omeprazol. Quando tem medicamento, é insuficiente como os anti-hipertensivos: captopril, desilato de anlodipino, enalapril, hidroclorotiazida e os antiparasitários: albendazol, metronidazol. Também não existem medicamentos fitoterápicos. De acordo com o farmacêutico da UBS, o município realizou processo de licitação para aquisição de medicamentos e aguarda a chegada. No que tange às Vacinas, do Programa de Imunização, estas são realizadas, rotineiramente, na UBS, sendo: BCG, hepatite, febre amarela, rotavírus, vacina contra pólio, tríplice viral, tríplice bacteriana e Influenza sazonal, sendo esta última realizada somente em época de campanha, a qual ocorreu no período de 22/4 a 30/5/2014, tendo sido prorrogada até que se atinja a meta estipulada pelo MS e para cujo público-alvo são crianças de seis meses a

cinco anos, idosos, profissionais de saúde, indígenas, gestantes, mulheres com até 45 dias após o parto, pessoas privadas de liberdade, funcionários do sistema prisional e pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis ou com outras condições clínicas especiais, podem se vacinar.

Ao enumerar os aspectos negativos tanto no cumprimento das atribuições da Equipe, como na ausência de insumos que dificultam o desenvolvimento do trabalho na UBS, alternativas são elencadas em, pelo menos, três pontos principais para superar as dificuldades, são: (1) Transporte da Equipe de Saúde da Família; (2) Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para a Equipe e (3) Medicamentos para os usuários. Em relação ao item um, o qual trata do transporte para deslocamento, embora haja a dificuldade para se deslocar, esta é superada em termos, pois se fazem visitas domiciliares a pé, mas, por outro lado, deixa-se de atender, possivelmente, a outros mais distantes, já que quando se faz visita a um morador que fica distante do outro, demanda-se tempo, visto que a UBS faz cobertura, também, fora de sua área adstrita. Concernente aos EPI, a equipe é composta de cinco ACS, seis técnicos de enfermagem, dos quais três estão afastados, sendo um ACS e dois técnicos por problemas dermatológicos em virtude de exposição ao sol e por não usarem a proteção necessária, inclusive suas reclamações são que o salário é baixo, não sendo possível a compra desses equipamentos com recursos próprios. Tendo em vista os afastamentos, a equipe, logicamente, fica sobrecarregada. Obviamente, não é de responsabilidade dos funcionários fazerem a compra dos EPI, mas da Secretaria Municipal, logo, isto foi relatado para a diretora da UBS.

No que tange aos medicamentos listados, a diretora pediu que falasse com o farmacêutico. Diante da análise, chegou-se a seguinte conclusão: de aproximadamente pouco mais de 200 medicamentos do contingente referido na lista de medicamentos que deveriam estar disponíveis, o índice de disponibilidade não chega a 8% para distribuição aos usuários. Muitas vezes, ao atender um paciente, pergunta-se se ele tem condições de comprar o medicamento, pois não se pode esperar em se tratando de saúde, decisões que não se sabe quando serão resolvidas para repor a medicação necessária na UBS. Destaca-se, pois, a importância de se observar as necessidades apresentadas e resolvê-las para termos uma melhor qualidade no trabalho, tendo sido destacado o conhecimento que um gestor deve ter para direcionar as reclamações à SEMSA, que é o órgão competente para solucionar esses pontos discutidos e considerados essenciais. Juntou-se esses

três itens (transporte, EPI e medicamentos) à reclamação e indagado o porquê de não haver uma mobilização para solucionar mais rapidamente os problemas descritos, já que a instituição do PSF prevê recursos. A resposta da diretora é de que providências estavam sendo tomadas e que ela dependia da SEMSA para a resolução dos problemas apontados.

No que concerne aos testes rotineiramente realizados na UBS como glicemia capilar, teste de gravidez, teste rápido para HIV, alterações patológicas na urina, tipagem sanguínea, estes não deixam a desejar para uma UBS, mesmo com as outras deficiências apresentadas no decorrer desta reflexão. Em relação ao acesso a exames complementares observou-se que, em sua grande maioria, os exames solicitados não são realizados na UBS como ácido úrico, hepatite B e C, hemograma completo, hemoglobina glicosada, pesquisa de escarro, urocultura, PSA. Já outros são realizados como o de urina, fezes, VDRL. Quanto aos exames de imagem realizados na UBS, verifica-se a ultrassonografia obstétrica e a transvaginal, contudo a ultrassonografia mamária é feita fora da UBS por meio de encaminhamento para a realização de tal exame e quando a única máquina do estado está em funcionamento, caso do setor público, a não ser que a usuária faça no setor privado.

Em relação ao atendimento especializado e retaguarda hospitalar, a UBS não dispõe de nenhum tratamento, mas, apenas, de atendimento básico como pré-natal, fonoaudiologia, ginecologia, psicologia, pediatria, clínica médica e pequenas suturas. Lembrando que, todos esses acompanhamentos são estritamente básicos por ser uma UBS. Nos atendimentos que envolvem algumas especialidades, situações podem ser resolvidas quando se trata do nível básico, como por exemplo: no caso da oftalmologia, paciente que apresenta uma conjuntivite, procuro solucionar, de maneira mais acessível, não fazendo logo o encaminhamento, a não ser quando apresenta uma situação de um corte em nível ocular. Na área da psiquiatria, quando paciente apresenta pequena ansiedade, muito comum entre os idosos, por exemplo, procura-se solucionar com antidepressivo, não sendo necessário o encaminhamento para o profissional especializado. Na pediatria, quando solicitado exames de urina e se vê uma elevação acima de 35 piócitos associada a algumas alterações como sinais vitais (temperatura, pressão, ausculta pulmonar), por exemplo, faz-se encaminhamento para internação, visto a criança necessitar de cuidados especializados. Quanto ao acesso de materiais

bibliográficos, por exemplo, a UBS não dispõe de internet e os profissionais de saúde como técnicos de enfermagem e ACS não têm acesso aos Manuais editados pelo MS como os da Estrutura e o da Saúde na Escola.

Considerando, no passado, uma história de unidade entre Educação e Saúde e que, na década de 50, do século passado, houve um desdobramento em dois, ou seja: MS e MEC. Tanto um, quanto outro passou por uma redemocratização no período que compreende os anos 50 e início dos anos 2000, envolvendo fatos históricos como revolução militar e CF de 1988, sendo muitas as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir e/ou dentro de uma expectativa sanitária. Neste sentido, a publicação da PNPS adotada, representa um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do SUS, uma vez que retoma o debate político sobre as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis, propondo que haja uma substituição de um processo de trabalho centrado.

Logo, não só a escola, a universidade, o ambiente em que vivemos devem ser entendidos como um espaço de relação privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, de forma que todos contribuam para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na produção social da saúde. Por sua vez, o território da comunidade é o espaço de encontro da área da Saúde e da Educação, porque os sujeitos sociais estudam na unidade escolar e estes mesmos sujeitos são atendidos pelas ESF e é, neste ambiente, que deve ser construído, fortalecido e consolidado o elo com a comunidade escolar.

Segundo Stewart – Brown (2006), durante os anos 90, a OMS desenvolveu o conceito e iniciativa das escolas promotoras da saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência que inclui os serviços de saúde comunitários como as UBS e ESF. Sendo assim, faz-se necessário que as ESF se organizem no sentido de abordar temas relacionados à saúde mental do estudante com ou sem deficiência, além de atualização do calendário vacinal, acuidade visual, perfil nutricional, controle e prevenção de doenças.

Considerando o “Anexo I da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011” verifica-se a importância das diretrizes que devem ser seguidas, fazendo uma reflexão crítica sobre as necessidades e limitações observadas, a significação para a UBS e para o usuário e como elas afetam diretamente na realização do trabalho. Faz-se importante ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, o que a equipe já havia traçado quais os caminhos a seguir para desenvolver o trabalho. Já há uma programação de forma a atender os usuários cadastrados pelos ACS para serem acompanhados pela equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade. Quanto a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como uma porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção do serviço de saúde deve-se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou minorar doenças e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

Como não existem na UBS as especialidades de psiquiatria, endocrinologista, cirurgia, neurologista, urologista etc para a ESF, procura-se dar suporte básico, como médico generalista, no sentido de orientar os usuários quais medidas podem ser tomadas para prevenir doenças agravantes, além de solicitar e analisar exames essenciais e complementares que ajudam no diagnóstico de algumas patologias. Nesse sentido, o serviço de saúde assume, por meio da equipe multiprofissional, seu papel central. Assim, ao descrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde, é realizada na área de abrangência, sobretudo, em visita domiciliar, ações de Saúde nas Escolas, considerando o PSE, do MS, bem como a ida dos usuários à UBS para o acompanhamento e orientação terapêutica e educação alimentar.

Convém mencionar que, a coordenação da integralidade em vários aspectos são a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, a ampliação da autonomia dos usuários e coletividade, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, de forma a

realizar a gestão do cuidado integral do usuário. Sendo assim, ao solicitar exames no atendimento domiciliar, a equipe realiza busca ativa dos usuários, os quais possuem problemas de saúde ou, impossibilitados fisicamente de locomoção até uma UBS, necessitando de um acompanhamento mais próximo, valendo-se do aspecto da proximidade, criando um vínculo com a equipe multiprofissional, de forma a atender os usuários em suas necessidades. Em relação a estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia de capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividade do território, a equipe multiprofissional procura viabilizar esta participação por meio de ações preventivas que são realizadas em escolas, praças, domicílios de grande espaço para o cuidado com a saúde, dando ênfase a temas ligados à Diabetes, Hipertensão, Tabagismo, Alcoolismo etc.

Ademais, as dificuldades enfrentadas na ESF no âmbito da Atenção à Saúde compõe um território de atuação, cuja população está sob a responsabilidade da equipe, que atende além do mapeamento traçado para o território de atuação, tendo em vista a carência de profissionais para atender a demanda que é intensa. Observamos os critérios de risco, de vulnerabilidade, necessidade de saúde ou sofrimento para serem acolhidos nas demandas, sendo o contato humano preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção Básica à Saúde. Isto é feito em virtude da AB caracterizar-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à população, de um modo geral. Logo, o atendimento é desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas em equipe. Vale lembrar que as visitas da equipe são realizadas a pé, sem nenhum tipo de proteção e, na maioria das vezes, a equipe se desloca da UBS incompleta, ou seja, sai com um técnico e um ACS, alternadamente, a depender do dia da semana agendado. Estes ACS e técnicos de enfermagem conhecem bem a área de atuação e um dos técnicos de enfermagem é presidente da associação de moradores do bairro em que se localiza a UBS.

Cabe informar que a orientação do trabalho atende aos princípios de universalidade, da equidade, da humanização, da acessibilidade (exceto de estrutura física que deixa a desejar), da continuidade do trabalho, da integralidade

da atenção, da responsabilização, da participação social. Dessa forma, a consolidação da ESF faz-se como prioritária para a reorganização da AB no Brasil, de forma a revisar e adequar às normas nacionais ao atual momento. No diálogo com a diretora da UBS e a enfermeira da equipe (que são mais antigas), a justificativa delas para o revezamento de profissionais é de que a Prefeitura está fazendo um levantamento dos ACS e técnicos de enfermagem, em virtude de terem entrado em 2012. Na administração anterior, antes do novo prefeito assumir a prefeitura, uma boa parte destes funcionários não é concursada, logo, há uma demissão em blocos desse pessoal, assumindo outros profissionais, os quais, muitas vezes, são selecionados por indicação, mesmo que tenham o curso preparatório. No entanto, não dispõem da prática, dificultando o trabalho. Como a própria diretora frisou isto é uma prática que acontece na maior parte do Brasil, quando entra um novo administrador em nível municipal.

Existe a expectativa de que as equipes da ESF tenham um cadastro atualizado de sua população adstrita, entretanto, frequentemente este cadastro é inexistente, incompleto ou desatualizado. Assim, o Caderno das Ações Programáticas oferece estimativas dos diferentes grupos populacionais que são alvo de ações programáticas, bem como faz refletir sobre as informações disponíveis para permitir aproximações a partir das estimativas apontadas no Caderno. Sendo assim, o número de equipes na UBS em que atuo não é adequado ao tamanho da população da área de abrangência, porque se observa muito bem que a demanda para um atendimento por equipe, segundo o MS é de 4.000 usuários. Como existem duas equipes de Saúde da Família na UBS, observa-se que o total máximo seria de 8.000. Logo, o atendimento é feito além da demanda, informação esta dada pelos gestores da UBS, porque esta chega a receber pacientes da Região Metropolitana e de municípios como Amapá (município que recebe o mesmo nome do Estado, distante da capital 209 km), além dos municípios como Itaubal, Mazagão e Santana. Quanto à UBS, esta foi construída e o objetivo em si era transformá-la em UPA, mas isto não aconteceu até porque segundo os funcionários que trabalham há mais tempo na UBS reconhecem que a estrutura está fora dos padrões realmente exigidos pelo MS. E, esses dados tendem a diminuir em virtude da contratação de médicos cubanos, os quais estão atuando nas cidades mencionadas.

Quanto à distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira. Sem dúvida, esta estimativa parece de acordo com a

distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência do atendimento da UBS, mesmo aqueles que estão fora do atendimento da equipe. O índice de atendimento no que se refere às mulheres e crianças são superiores as pessoas de sexo masculino, sendo que a faixa etária mais atendida no sexo feminino é entre 12 a 30 anos. A estimativa da lista de denominadores não parece estar de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência da UBS. Os índices parecem ser maiores considerando a realidade da UBS que, talvez, sejam menores. No que concerne ao número de crianças menores de um ano existentes na área de abrangência, segundo a lista de denominadores do Caderno de Ações Programáticas, o número de menores de um ano parece estar de acordo com a realidade, pois são 263 nas duas equipes da ESF. Uma diferença de 32 crianças menores de um ano, baseando-se na lista de denominadores apresentada. Apesar desta diferença, poder-se-ia dizer que sim, parece de acordo com a realidade vivenciada na UBS. Mas, talvez pela localização da UBS. Por quê? Porque quando a UBS se localiza em um bairro mais afastado do centro, observa-se que a natalidade é maior, talvez influenciada pela condição socioeconômica.

No que tange ao número de gestantes da área de abrangência, a planilha considera que o número de gestantes será de 1,5% da população. Segundo informação repassada pela enfermeira, o número de gestantes chega a 600, incluindo àquelas de regiões que não são da área da UBS, pois vêm realizar a sorologia como: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hepatite B e C e tipagem sanguínea, dentre outros como EPF que sequer têm, muitas vezes, no máximo, um ou dois dos exames solicitados. É preciso fazer o cadastro do SUS para realizar esta sorologia, com isso fica registrada a quantidade de gestantes cadastradas, por isso, dá esta quantia. Na lista de denominadores apresenta-se 210 gestantes, o que não parece de acordo com a realidade da UBS. É importante frisar que, na UBS trabalham dois ginecologistas em forma de plantão, os quais realizam ultrassom e que atendem a demanda, justificando este índice que, se comparado à lista de denominadores parece ser bem elevado.

Além disto, levando em consideração o documento “MS 2011, Acolhimento à Demanda Espontânea, Caderno de Atenção Básica, nº 28, capítulos 1, 2 e 3”, o acolhimento na UBS não segue os padrões do texto contido neste CAB. A particularidade deve-se à falta de estrutura física da UBS, pois as ESF que ali trabalham dividem o mesmo espaço uma sala para consultas médicas, reuniões

para detalhamento de trabalhos. Tendo em vista não haver espaço para acolhimento individualizado e conforme o contido na página 29, capítulo 3, item 3.2, que trata da modelagem de acolhimento, o aspecto que mais se aproxima é o acolhimento coletivo, pois o usuário chega à UBS e é recebido por qualquer trabalhador da saúde, o qual pergunta a demanda e o encaminha, de forma a realizar a triagem naquele momento. O médico, por sua vez, fica sempre na retaguarda para casos agudos destinados à demanda espontânea, além do atendimento programado e do dia. Até agora, no trabalho diário, além das consultas programadas semanalmente, há reserva de duas vagas/dia para demanda espontânea, não havendo, portanto, excesso que comprometa o trabalho da equipe, a não ser os médicos que atendem na UBS, sem ser caracterizado por ESF, cirurgiões, pediatras, ginecologistas e clínicos que dão plantão.

Em relação às ações do **Pré-natal e Puerpério** foi possível inserir informações no Caderno de Ação Programática, contudo não há, na UBS, uma organização de maneira a atender à gestante como preconiza a PNH do MS que toma o atendimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, apesar da quantidade citada para o acompanhamento do pré-natal. A avaliação feita da cobertura de Pré-natal, apesar de que muitos sintomas relacionados a enjoos, vômitos, mal-estar iniciam-se no final do 1º mês de gestação, as gestantes dão mais ênfase aos cuidados da gravidez na fase intermediária, a qual compreende o 3º e 4º mês. Talvez seja por saber que devem realmente fazer um acompanhamento para evitar possíveis danos no decorrer da gravidez que chegam, tardiamente, à UBS para fazer um acompanhamento mais assíduo de sua gestação referente, por exemplo, a exames essenciais que deveriam ser feitos desde o início da gravidez como sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, tipagem sanguínea, HIV tipo I e II. Talvez, isso justifique o baixo índice de realização de pré-natal, no 1º trimestre. É importante frisar que, muitas destas mulheres parecem não realizar, de início, os exames, pensando, muitas vezes, em interromper a gravidez, como as pré-adolescentes que escondem dos familiares a gravidez por certo tempo e quando eles descobrem, já estão em fase avançada da gestação, não podendo mais interromper e sim procurar realizar os exames para evitar danos maiores à própria grávida.

Quanto aos poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados em relação ao Pré-natal não estão como preceitua o MS, que exige o mínimo

assegurado de 6 a 9 consultas, de acordo com o CAB, que trata das condições básicas para assistência ao pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (p. 40 e 41). As gestantes são informadas sobre a consulta/orientação médica pelos ACS e técnicos de enfermagem, os quais são os principais captadores destas pacientes para uma assistência efetiva de pré-natal. No entanto, é como se elas (as gestantes) não tivessem a percepção necessária para um cuidado preventivo e terapêutico, por isso, os baixos indicadores parecem ser representativos de uma falta de atenção não por parte dos profissionais da saúde, mas da falta de consciência, em geral, das mulheres gestantes (desfavorecidas socialmente).

Com relação à avaliação da cobertura de consulta de puerpério, ao analisarmos as informações disponíveis à página 41, do Caderno de Atenção ao Pré-Natal (Parte 1), pode-se observar que há uma deficiência, na UBS, no acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que buscam assistência na Unidade de Saúde. Logo, o número de cobertura de consultas de puerpério não é condizente com o que preconiza o MS. No que se referem aos poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados para o puerpério, estes correspondem a um número estimado e bem limitado, não representando a totalidade da população-alvo, por uma desatualização de informações na própria UBS, quando há uma rotatividade de funcionários, já que os cargos que comandam a instituição de saúde são comissionados. Muitas vezes, quando há essa mudança em função de pleito eleitoral, os trabalhos são interrompidos, não se tendo continuidade das ações já iniciadas, quando é o caso do que está na situação perde a eleição. Logo, ao avaliar e comparar com o trabalho realizado na UBS, faz-se perceptível que não há um acompanhamento conforme os parâmetros estabelecidos pelo MS, por exemplo, no que diz respeito a uma avaliação permanente da assistência às puérperas por meio dos dados obtidos via SisPreNatal que tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do sistema de cadastramento de usuários do SUS (CAD-SUS), de acordo com as informações à página 44.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao Pré-natal na UBS, quando os recursos humanos forem satisfatórios para atender a uma população crescente,

mesmo que a taxa de natalidade venha diminuindo, gradativamente, nas últimas décadas, talvez pela facilidade de veiculação de informações por meio da mídia que está mais presente nos lares brasileiros. Embora haja diminuição da população, percebe-se que os investimentos não acompanham a demanda, pois se verifica: (a) deficiência em recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social; (b) área física inadequada sem as condições de higiene e ventilação; (c) equipamento e instrumental mínimo, como, por exemplo, mesa e cadeiras para escuta qualificada, material para a realização do exame colpocitopatológico, dentre outros; (d) medicamentos básicos e vacinas; (e) testes rápidos; (f) instrumento de registro, processamento e análise de dados disponíveis para um acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, de acordo com a página 43, do CAB.

Em relação à **Saúde da Criança**, foi possível informar na parte do Caderno de Ações Programáticas, os dados contidos nos formulários especiais de puericultura. Na avaliação da cobertura encontrada para Puericultura, apesar de não apresentar uma estrutura que dê um amparo adequado à população e a carência de profissionais preparados, o empenho existe, mas falta investimento na qualificação de profissionais, bem como a reposição de equipamentos que deem suporte mínimo para a realização de exames básicos como triagem auditiva e teste do pezinho que, apesar de ser uma exigência primária de uma UBS, esta não possui. Quanto aos poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados à Puericultura, de acordo com o atendimento de puericultura, o número de consulta/dia não está conforme o protocolo do MS, ou seja, em relação às crianças atendidas, o índice não chega à totalidade estimada, alcançando um percentual considerado baixo para os padrões mínimos de exigência. Para dois indicadores, como triagem auditiva e teste do pezinho não há equipamentos e lâminas para coleta dos exames. Junto a isso, a falta de recursos humanos preparados para esta situação. O que mais se deu como positivo foram: (a) orientação para aleitamento materno exclusivo; e (b) orientação para prevenção de acidentes.

Na avaliação dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na UBS, pode-se dizer que a qualidade da atenção à Saúde da Criança na UBS poderia ser ampliada, no que diz respeito aos prazos que deveriam ser cumpridos, por exemplo: o profissional dentista para trabalhar, está à

espera dos materiais necessários para desenvolver seu trabalho. Logo, toda a equipe fica prejudicada, pois quando há um encaminhamento de uma criança para uma avaliação odontológica e tratamento dentário, o dentista da equipe é impossibilitado de realizar procedimentos, visto aguardar os instrumentos de trabalho, já que a SEMSA informa que está esperando receber o material, do qual já foi realizada a licitação. Quanto ao protocolo de atendimento de puericultura na UBS, a última atualização foi realizada em 2000 e o município é o responsável por tal publicação. Em relação à revisão do arquivo específico para registro de atendimento a crianças, este não existe na UBS, o que é considerado necessário, tendo em vista uma disponibilidade e organização de dados para análise, em função de monitorar, acompanhar e avaliar o atendimento junto à criança em busca da qualidade na atenção.

No que concerne às ações de **Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama** são de grande importância na atenção primária à saúde, tendo em vista as elevadas taxas de morbi-mortalidade por câncer ginecológico no Brasil. Ao fazer reflexão sobre o processo de trabalho das ações na UBS, dialogando com a enfermeira, que é a terceira pessoa responsável pela UBS e, por ter bastante tempo de trabalho nela, ficando exatamente no setor de coleta de preventivo, a avaliação da cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é baixa, visto que os dados apresentados no indicador de cobertura fornecem, também, um número proporcional de 2.966 mulheres de 25 a 64 anos de idade. E o número estimado apresentado nos dados informativos pelos funcionários da UBS é de aproximadamente 300, compreendendo mulheres residentes e acompanhadas na área de cobertura, o que corresponde a uma porcentagem de 10% de acompanhamento, considerando o indicador aproximado.

Quanto aos poucos indicadores da qualidade avaliados para a Prevenção do Câncer de Colo de Útero, considerando a faixa etária entre 25 a 64 anos de idade em relação ao *exame citopatológico para o CA de colo de útero em dia*, o percentual é de 10%, o que corresponde 30 mulheres. Quanto ao *citopatológico de colo de útero com mais de seis meses de atraso*, esse índice cai para 5%, correspondendo a 15 mulheres. No *exame citopatológico de colo de útero alterado* chega a 2%, correspondente a seis mulheres. Já a *avaliação de risco para o CA de colo de útero*, chega a 2%, indicando cinco mulheres. Quanto à orientação de prevenção de câncer de colo de útero, não existe, totalizando 0%. Em contrapartida, a *orientação sobre*

DST's chega a 30 mulheres, revelando o percentual de 10%. No que concerne aos exames coletados com amostras satisfatórias o índice é de 15%, ou seja, 45 mulheres. Já os exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar correspondem a 300 mulheres, ou seja, 100%.

Os aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero na UBS seriam a realização de orientação para todas as mulheres da área de cobertura quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, bem como orientação sobre os malefícios do tabagismo, que segundo informações do vice-diretor da UBS, há um ano deixou de existir, dentre outras estratégias. Além disso, especificamente em se tratando do controle de câncer de colo de útero, o processo de trabalho na UBS poderia ser melhorado se os profissionais da saúde se dedicassem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo de útero, ou seja, envolvendo equipes para desenvolver ações voltadas para orientar às mulheres em gincanas, reuniões de grupos com atividades, as quais poderiam ser pensadas para um melhor monitoramento do programa de prevenção do CA de colo de útero e certas DST.

Um dos aspectos que pode ser utilizado na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado seria adequá-la a um sistema informatizado para organizar estratégias com garantia de acesso em tempo oportuno e de qualidade, auxiliando a qualificação dessas ações, considerando a alta incidência de mortalidade de mulheres com câncer de colo de útero. Outra estratégia é um acompanhamento de forma multiprofissional e com prática interdisciplinar de uma equipe que deve estar pautada na atenção às mulheres, envolvendo intervenções na promoção de saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos. Além disso, a UBS deve acompanhar a preparação dos profissionais envolvidos para essa captação, treinando-os na linha de cuidado da prevenção do câncer de colo de útero, por ter a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações, de forma que ela não tenha falha no tratamento segmental, de forma a promover a prevenção do CA de colo de útero, conforme o CAB, do MS, p. 26 e 27, nº 13, 2013.

No que se refere ao **Controle do Câncer da Mama** foi possível o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, pois foram obtidas informações dos profissionais envolvidos com este trabalho na UBS. No que tange à

avaliação da cobertura de controle do Câncer de Mama, esta se deve a um quantitativo estimado de, aproximadamente, 612 mulheres, residentes na área de cobertura e, tendo em vista o indicador de acompanhamento ser de 70 mulheres, portanto, 11%. Logo, consideram-se números relativamente baixos. Quanto aos poucos indicadores da qualidade avaliados para o Controle do Câncer de Mama, considerando a faixa etária de 50 a 69 anos de idade, o número de mulheres por indicador de qualidade em relação à *realização de mamografia em dia*, apenas 20%, totalizando 14 mulheres. Em se tratando de *mamografia com mais de 3 meses de atraso*, o índice é de 50%, correspondendo a 35 mulheres. Já a *avaliação de risco para câncer de mama* chega a 20%, totalizando 14 mulheres. Quanto à *orientação sobre prevenção do câncer de mama*, o valor é de 50%, referendando 35 mulheres.

Na avaliação dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama na UBS, um dos aspectos do processo seria o fato de existir um protocolo do controle de CA de mama, o que neste momento não há. Outro fator é que os profissionais de saúde deveriam investigar os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam ações de rastreamento na UBS, pois fazem, apenas, o ECM e solicitam mamografia, mas os profissionais que lá atendem por não terem o CNES, o pedido deste exame torna-se inválido, em virtude do não cadastro na rede nacional dos profissionais da área da saúde, fazendo com que pacientes em pequena condição financeira sejam obrigadas, muitas vezes, a realizar o exame particular. E, aquelas que não têm condição simplesmente não realizam em virtude deste impasse e por não terem condições financeiras, justificativas para não realização. Se a SEMSA fizesse o cadastro, pois já se foi cobrado, melhoraria o segmento no acompanhamento do controle do Câncer de Mama pelo profissional responsável.

Uma das estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado seria a dedicação ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama, isso vale, também, para exames alterados. Além disso, seria importante e necessário a avaliação e monitoramento dessas ações para controle do CA de mama, de forma a não perder de vista as mulheres que apresentaram exames com alteração para que sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada que inclua médicos (cirurgião, oncologista, clínico e radioterapeuta), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais

e fisioterapeutas. Uma terceira estratégia era se a equipe trabalhasse de forma integrada e, quando um médico da UBS solicitasse a mamografia, por exemplo, durante a consulta, a realização deste exame não demoraria tanto como de costume.

Concernente as **Doenças Crônico-Degenerativas**, estas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da AB em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. Considerando a reflexão sobre o processo de trabalho nas ações da UBS quanto à HAS foi possível o preenchimento desta parte no Caderno de Ações Programáticas, apenas não sendo possível obter a informação para a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico não havendo registro deste indicador. No que diz respeito à estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, este equivale a 2466 e parece ser adequada à realidade. Porque, nas gincanas que se realizam, bem como no atendimento ambulatorial, pode-se dizer que os pacientes hipertensos atendidos, a cada 12 pessoas, há a possibilidade de dois serem hipertensos, se fizermos um paralelo com a estimativa e considerando o atendimento da ESF.

Na avaliação da cobertura encontrada para **HAS** é considerada insuficiente pela estimativa apresentada, pois em se tratando de uma doença crônico-degenerativa e das condições socioeconômicas dos pacientes que são atendidos, percebe-se que eles não têm uma educação no que se refere à alimentação saudável. Logo, o percentual de 16% para um total aproximado de 400 pacientes da área adstrita que se apresenta, revela-se baixo. No que tange aos poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados para HAS, observou-se que, *a realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é 0%*, pois segundo informações da equipe, não há dados no cadastro da UBS para um acompanhamento investigativo, cabendo ao médico da ESF a orientação preventiva e clínica para que o usuário possa seguir e manter uma saúde equilibrada, evitando, assim, apresentar sequelas advindas desta doença, já que não tem cura e, sim, controle. Em relação *ao atraso da consulta agendada em mais de sete dias*, o percentual foi de 13%, o que corresponde aquém do preconizado. Já os *exames complementares periódicos em dia*, esse dado se revela em 38%, considerando o quantitativo de 150 hipertensos. Sobre *orientação prática de atividade física e alimentação saudável*, estes indicadores correspondem a 100%, revelando

unanimidade. Quanto à *avaliação de saúde bucal*, o percentual que se apresenta é de 10%.

Na avaliação dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS na UBS seriam as ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS da área de cobertura. No entanto, na UBS não há ações, pois se entende por “ações” atividades realizadas interna ou externamente na UBS, para um grande grupo, sem ter vínculo com o atendimento ambulatorial. Porém, em se tratando da orientação já realizada, esta se dá em nível de ambulatório, com relação ao controle do peso, educação alimentar e atividade física. Se houvessem profissionais dedicados a um planejamento, gestão e coordenação de ações dispensadas aos adultos com HAS, a qualidade na cobertura da atenção à HAS, na UBS, melhoraria, além de protocolos e arquivo específico que deveriam existir para uma melhor organização no rastreamento e acompanhamento desses pacientes, fazendo com que houvesse uma busca mais abrangente, não deixando descoberta possíveis pessoas que não realizam o tratamento de forma assídua, considerando ser um problema grave de doença na saúde pública no Brasil e no mundo, segundo MS, 2013, p. 19.

Quanto à **Diabetes Mellitus** foi possível informar, no Caderno de Ações Programáticas, as informações inerentes de registro, exceto no que diz respeito ao registro de estratificação de risco cardiovascular, como aconteceu com o HAS. No que se refere à estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, esta parece ser adequada à realidade, mesmo que se apresente em 705 pessoas pelo indicador de cobertura, apesar de ser um número pequeno, revela-se insatisfatório tendo em vista a abrangência. Em se tratando da avaliação da cobertura encontrada de DM, a avaliação é referendada pelo total de 80 pacientes, correspondendo a 11% do indicador, o que parece indicar atendimento baixo em níveis quantitativos. Quanto aos poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados à DM, com relação à *estratificação de risco cardiovascular para critério clínico* foi 0% fazendo um paralelo ao HAS. Quanto ao *atraso da consulta agendada em mais de sete dias*, aproximadamente 13%, já os *exames complementares periódicos em dia* correspondeu a 25 pacientes, ou seja, 31%. Para os *exames físicos dos pés dos últimos três meses*, 07 pacientes, equivalendo a 9%. No que concerne aos *dados de palpação do pulso tibial posterior e pedioso nos últimos três*

meses, cinco pacientes, representando 6%. No que refere à *medida de sensibilidade dos pés nos últimos três meses*, 10 pacientes que corresponde a 13%. São similares, ou seja, 100%, com relação à *orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável*. Quanto à *avaliação bucal*, o índice chega a 10 pacientes, correspondendo, percentualmente, a 13%.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos portadores de DM na UBS e ter um acompanhamento mais assíduo do usuário que procura a UBS seria a existência da utilização de protocolos que regulassem o acesso de adultos com Diabetes a outros níveis do sistema de saúde, assim como também, arquivo específico para registro de atendimento, além de profissionais que se dedicassem ao planejamento, gestão, coordenação, monitoramento e avaliação das ações dispensadas aos adultos com DM, o mesmo acontece com a HAS. Para tanto, se tivéssemos esse aparato, inclusive preconizado pelo CAB, do MS, Caderno nº 36, 2013, p. 21, logo, os resultados seriam advindos da soma de diversos fatores e condições que propiciariam o acompanhamento desses usuários para os quais o resultado esperado, além do controle de glicemia e o desenvolvimento do autocuidado, contribuiriam na melhoria da qualidade de vida e evitaria a morbi-mortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde seriam: (a) controle da glicemia, para em longo prazo, reduzir, assim, a morbi-mortalidade por esta patologia crônica; (b) intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde como aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a este problema de saúde.

No que diz respeito à **Saúde do Idoso**, o Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. Sendo assim, foi possível preencher o Caderno de Ações Programáticas com informações pertinentes aos idosos, embora, nos atendimentos ambulatoriais e domiciliares não se utilize a Caderneta de Saúde da pessoa idosa, pelo menos na UBS de atuação.

Quanto à estimativa do número de idosos residentes na área, de pessoas com 60 anos ou mais parece adequada à realidade da UBS, pois se considerarmos a quantia de idosos acompanhados perfaz, aproximadamente, 200 idosos, segundo informações repassadas pelo vice-diretor da UBS. A estimativa dá-se em 718 idosos, conforme o indicador de cobertura fornecido pelo caderno. No que se refere à avaliação encontrada da cobertura de Saúde da Pessoa Idosa, considerando que o número de idosos tem aumentando nos últimos anos, progressivamente, os dados aqui estimados não revelam um acompanhamento paralelo do contingente necessário para seguirmos a cobertura desejável preconizado pelo CAB, nº 19, do MS, 2006, que trata do Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.

Na parte referente à saúde da pessoa idosa, os poucos indicadores da qualidade da atenção avaliados para a Saúde da Pessoa Idosa, em relação ao que foi frisado no 1º quesito *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*, não há indício de que haja atualmente a distribuição na UBS. A informação é de que já houve. Logo, o percentual é 0%. Quanto à *Realização de Avaliação multidimensional rápida* perfaz um total de 100 idosos, o que corresponde a 50%. No que tange ao *Acompanhamento em dia*, este total é de 50 pessoas, chegando a 25%. No que concerne à *HAS* e *DM*, o percentual coincide em 120 pacientes idosos, respectivamente, perfazendo cada, o percentual de 60%. No quesito *Avaliação de risco para morbi-mortalidade*, o percentual corresponde a 80 pacientes idosos, totalizando 40%. Já para *Investigação de indicadores de fragilização na velhice*, o percentual é de 50%, indicando 100 pacientes idosos. Quanto à *Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis* e *Atividade física regular*, os percentuais se equiparam em 100%, cada, indicando o quantitativo de 200 pacientes para cada indicador de qualidade. Em relação à *Avaliação de saúde bucal em dia*, o percentual é de 5%, o que corresponde a 10 pacientes idosos.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS, primeiramente, verifica-se a necessidade de um acompanhamento mais assíduo para estes pacientes, visto que a distribuição das cadernetas começou em 2007, segundo o documento “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento”, (2006, p.33 – MS). Entretanto, estamos em 2014 e na UBS estas cadernetas não existem, mas tão somente o cartão do SUS. Ainda segundo o documento do MS, a caderneta é de suma importância e serve de instrumento para identificação de situações de

riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa, além de trazer ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas ESF. Se existisse a caderneta, facilitaria até mesmo o trabalho dos ACS e técnicos de enfermagem para a captação deste grupo da população. Outro aspecto que chamou a atenção é a ausência de um arquivo específico para o registro de atendimento dos idosos. Além disso, cabe mensurar a falta de planejamento, de gestão, de coordenação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos pelos profissionais da ESF. Dessa forma, mesmo não tendo uma organização de registro, os usuários não deixariam de ser atendidos. Diante de alguns itens elencados, estes são os processos que deveriam ser melhorados para contribuir na ampliação e a qualidade na atenção à pessoa idosa.

Os maiores desafios foram para obter as respostas pertinentes às questões formuladas nos questionários disponibilizados ao longo destas sete semanas, pois a UBS não dispõe de organização a tal ponto que dificultava o trabalho em questão, recorrendo, pois, as informações dos profissionais de saúde mais antigos. Percebeu-se que boa parte dos funcionários é cedida para atuarem em determinados setores que não condizem com sua formação, apesar de algum tempo serem funcionários da Instituição. Verificaram-se, claramente, questões políticas envolvendo cargos comissionados e que por isso, podem influenciar no desenvolvimento de trabalho a ser realizado na UBS.

Os aspectos levantados na aplicação do questionário e nos Cadernos das Ações Programáticas que mais surpreenderam foram: a carência de medicamentos, de protocolo e registro específico para acompanhamento dos usuáries, bem como caderneta do idoso e ações para conscientização da população na prevenção de doenças. Não houve aspectos de mudança em função da aplicação dos questionários, pelo contrário, houve admiração por parte dos funcionários, os quais acharam que deveriam ter ações dos governantes para mudar a realidade vivida na UBS.

1.3. Texto comparativo

A impressão antes de avaliar a UBS era de que não havia médico, nem funcionários para atuarem na ESF. Com a chegada de novos profissionais para

compor as ESF, esses podem dar um acompanhamento assistencial para uma população que já se mostrava carente de atendimento. Na aplicação dos questionários pelo único profissional do PROVAB lotado na UBS, pôde-se analisar e comparar as deficiências existentes, por exemplo, a falta de medicamentos é uma delas, com a possível tendência para haver mudanças, as quais ainda não são perceptíveis.

Embora saibamos que é de competência do município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população”, conforme a Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 30, item VII, percebe-se que a UBS não dispõe de atendimentos de forma a suprir as necessidades essenciais, como se referenda no próprio nome para que a comunidade entenda o perfil do atendimento de uma UBS.

A configuração inicial da ESF para técnicos de enfermagem e ACS era de cada. Dois técnicos de enfermagem estavam cedidos para outro setor da UBS e 1 ACS afastado por problemas de saúde. Depois de minha chegada, procurou-se alocar os técnicos em seu devido lugar, ou seja, fazendo parte da equipe e, quanto ao ACS, ficou fazendo trabalhos administrativos internamente, pois o problema de saúde não permitia exposição ao sol, logo, inviabilizava a saída para visita domiciliar.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O sistema de saúde no Brasil sempre foi um sistema limitado quanto ao acesso universal e igualitário. De acordo com Mendes e Caldas Júnior (2001), a saúde do cidadão é de responsabilidade do Estado. A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Conforme Viana e Dal Poz (2005), o PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Segundo Marques e Mendes (2003), o SUS é descrito como ferramenta de promoção equitativa na oferta de serviço. É proposto humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários por meio do estreito

relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e a comunidade, tendo sempre a saúde como direito do cidadão, conforme Oliveira e Spiri (2006).

Nesse sentido, na UBS tem-se duas equipes de Saúde da Família, composta cada uma por 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar dentário, 5 ACS, 4 técnicos de enfermagem, excetuando que em uma não há o profissional odontólogo. Por sua vez, a população adstrita estimada é de 14.000 habitantes. Sendo assim, os aspectos mais relacionados ao foco da intervenção de minha escolha, vincula-se a fatores para doenças crônico-degenerativas como a HAS que é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, conforme o Caderno de Atenção Básica, nº 37 (2013, p.19) e a Diabetes *Mellitus* que é um problema de saúde pública, considerado condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, de acordo com Alfradique (2009) *apud* Caderno de Atenção Básica, nº 36 (2013, p. 19).

No que concerne à população-alvo da ação programática HAS/DM, o indicador de cobertura estimado para HAS é de 2.466, sendo que o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 400. Quanto ao indicador de cobertura estimado de DM é de 705, sendo que o total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 80. Atualmente, a adesão da população-alvo atendida na UBS não é frequente, pois se observa que a procura pelo serviço de saúde se dá quando a situação se agrava, por exemplo, em um aumento de pressão devido ao descontrole alimentar como comidas gordurosas, excesso de sal, frituras, ingestão de massas, falta de atividade física etc, os quais podem causar possíveis doenças crônicas, devendo ser tratadas preventivamente para evitar sobrecarga no setor secundário e terciário. Não há ações programáticas de promoção à saúde desenvolvidas na UBS, por esta lacuna, evidencia a importância da escolha de trabalho com HAS e DM, tornando-se relevante, considerando esta intervenção como fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde no âmbito da unidade em que atuo, por ter uma afeição pela saúde pública básica no país, por entender que, se fizermos um bom alicerce, desde o início, para prevenir doenças que causem mal-estar à população, no setor básico, a fim de evitarmos situações constrangedoras em tratamentos que se poderão tornar complexos no futuro.

Por fim, esta intervenção torna-se pertinente no contexto da UBS para promoção de ação preventiva, a considerar as modificações do estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Além do mais, busca-se envolvimento da equipe multiprofissional para controle e prevenção junto à população. As principais dificuldades/limitações existentes são: (a) a conscientização do público-alvo quanto ao hábito alimentar saudável; (b) a prática de uma atividade física, pelo menos 3x/semana e, sobretudo (c) o controle do peso. Um dos aspectos que podem viabilizar a realização da intervenção é a captação de pacientes para a consulta, podendo melhorar a atenção à saúde da população-alvo.

2.2. Objetivo Geral

Melhorar a atenção à Saúde do usuário portador de hipertensão e diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP.

2.2.1. Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos:
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.2. Metas

1. Para o objetivo de Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos:

- 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde.
- 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde.

2. Para o objetivo de Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

3. Para o objetivo de Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

- 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

4. Para o objetivo de Melhorar o registro das informações:

- 4.1. Manter planilha de acompanhamento de 100% dos hipertensos atualizada na unidade de saúde.
- 4.2. Manter planilha de acompanhamento de 100% dos diabéticos atualizada na unidade de saúde.

5. Para o objetivo de Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

- 5.1. Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na planilha da equipe da unidade de saúde.
- 5.2. Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na planilha da equipe da unidade de saúde.

6. Para o objetivo de Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

- 6.1. Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

- 6.2. Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Orientar em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.4. Orientar em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.5. Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.6. Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.7. Orientar sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.8. Orientar sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3. Metodologia

Para a intervenção cujo foco é a ação programática de HAS e DM serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37 (Ministério da Saúde, 2013), como protocolo ou manual técnico. O registro das ações para viabilizar o monitoramento foi feito em uma planilha formatada no Excel, disponibilizada pelo curso, com as informações dos usuários, de forma a acompanhá-los para ter um atendimento assíduo, organizado e de qualidade, pois na UBS em que atuo, não há prontuários eletrônicos, não sendo, pois, a Unidade informatizada. Convém informar que não há ações voltadas para a saúde bucal, em virtude da UBS não apresentar condições de trabalho para a equipe odontológica, no sentido de insumos. Com esta intervenção, estimou-se alcançar 80 pacientes hipertensos e/ou diabéticos. A equipe providenciou as cópias da ficha-espelho para a realização da intervenção, pois não há máquina de fotocópias na Secretaria Municipal de Saúde.

Para organizar o registro específico do programa, o médico solicitou aos ACS uma lista de pacientes hipertensos e/ou diabetes de sua respectiva microárea, já que quando atende o usuário e este retorna para uma nova consulta não encontram o relatório de atendimento da consulta anterior, sendo preciso fazer um novo relatório somente daquele dia, isto se caracteriza por falta de organização. Com o procedimento da planilha adotado, os técnicos de enfermagem foram instruídos quanto ao preenchimento manual das informações na ficha-espelho e organização de um arquivo. Com o advento da ficha-espelho realizou-se um

monitoramento mais segmentado, fazendo com que não haja perda deste usuário, agendando, inclusive, a data do seu retorno.

Para o desenvolvimento das ações, os responsáveis foram os profissionais que atuam na equipe do PSF, como médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS, tendo como principal local de realização das ações a UBS, recepcionando os usuários e preenchendo a ficha para acompanhamento e orientação médica. No intuito de viabilizar a ação para orientar os profissionais da ESF, o médico distribuiu material educativo elaborado por ele, de forma a expor informações voltadas para a definição do tema HAS e DM, controle por meio de hábitos alimentares saudáveis, bem como atividade física.

Além disso, o médico apresentou palestras na própria UBS, nos horários definidos pela equipe para desenvolver o tema HAS e DM, e outros temas pertinentes à área da saúde e à qualidade de vida da comunidade atendida, como: tabagismo, alimentação saudável e atividade física em conjunto com os demais profissionais (técnicos de enfermagem e ACS) da própria equipe, sendo distribuídos entre a equipe material de estudo compartilhado durante o período da intervenção, o qual se iniciou em agosto/2014. Semanalmente, a equipe avaliou se os usuários hipertensos e/ou diabéticos programados para a consulta compareceram ou se ausentaram à consulta programada. Detectando ausência destes usuários, os ACS foram orientados a buscá-los para saber o que aconteceu e proceder ao encaminhamento da nova consulta.

Assim, para cada objetivo, a ação é seguida de seu detalhamento, de acordo com os quatro eixos.

2.3.1. Ações/detalhamento

Objetivo1. Ampliar cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde, a partir da ficha-espelho, que constará informações, como: data do atendimento, idade, sexo, medicação que toma etc. O usuário será atendido pelo

médico, tendo seu retorno mensal à UBS, agendado pelo técnico de enfermagem, possibilitando um monitoramento.

Ação/Detalhamento: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde, a partir da ficha-espelho, que constará informações, como: data do atendimento, idade, sexo, medicação que toma etc. O usuário será atendido pelo médico, tendo seu retorno mensal à UBS, agendado pelo técnico de enfermagem, possibilitando um monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Organizar o registro dos hipertensos cadastrados no Programa, orientando o ACS por microárea no preenchimento adequado da ficha de acompanhamento.

Ação/Detalhamento: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS, orientando o ACS a conversar com o usuário pertencente a sua microárea a ir à UBS para a realização de consultas e exames, se for necessário, prescritos pelo médico para melhor acompanhamento.

Ação/Detalhamento: Organizar o registro dos diabéticos cadastrados no Programa, orientando o ACS por microárea no preenchimento adequado da ficha de acompanhamento.

Ação/Detalhamento: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes, orientando o ACS a conversar com o usuário pertencente a sua microárea a ir à UBS para a realização de consultas e exames, se for necessário, prescritos pelo médico para melhor acompanhamento.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* na unidade de

saúde, por meio de panfletos, além de instruir a equipe quando das visitas domiciliares para comunicar sobre o Programa de HAS.

Ação/ Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, conversando com os usuários tanto no ambulatório quanto nas visitas realizadas com a equipe.

Ação/Detalhamento: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, instruindo a equipe quando das visitas domiciliares para comunicar sobre a importância do rastreamento para DM.

Ação/ Detalhamento: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, organizando panfletos informativos sobre os hábitos alimentares.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe, da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, esclarecendo que a pressão deve ser aferida quando o usuário não tiver se alimentado pelo menos meia hora antes, não estiver dispneico, colocando o braço a ser aferido à altura do coração para ter um resultado fidedigno. Os ACS serão capacitados pelo enfermeiro, na primeira semana de intervenção, na própria unidade, a cadastrar os hipertensos da área da unidade de saúde.

Ação/Detalhamento: Capacitar os ACS quanto ao cadastramento de diabéticos da área adstrita, concernente à equipe da Saúde da Família, na unidade de saúde, em que a enfermeira explicará a importância do aconselhamento ao usuário com diabetes para um melhor controle.

Ação/Detalhamento: Capacitar a equipe da Saúde da Família, na unidade de saúde, para a importância da glicemia nos usuários diabéticos associada à pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, em que o médico esclarecerá

por meio de palestras e distribuição de panfletos com a devida explicação de que a diabetes deve ser controlada principalmente pela alimentação e atividade física regular, além de medicação a ser prescrita.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos, acompanhando esses usuários por meio da estratificação, utilizando a planilha com data programada para retorno.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários diabéticos, acompanhando esses usuários por meio da estratificação, utilizando a planilha com data programada para retorno.

Ação/Detalhamento: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, a partir do agendamento programado para o usuário.

Ação/Detalhamento: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, a partir do agendamento programado para o usuário.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe quanto à importância da realização do exame clínico nos usuários hipertensos, informando que os exames são necessários para evitar possíveis sequelas, como AVC, distúrbio renal, ocular, entre outros.

Ação/Detalhamento: Orientar sobre a importância da capacitação dos profissionais da unidade de saúde, conversando com os profissionais sobre a importância de informar aos usuários acerca da HAS e DM.

Ação/Detalhamento: Implantar planilha disponibilizada pelo curso para registro dos usuários hipertensos na unidade de saúde, de forma a manter registrada as informações inerentes a eles.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe quanto à importância da realização do exame clínico nos usuários diabéticos, informando que os exames são necessários para evitar possíveis sequelas, como AVC, distúrbio renal, ocular, auditivo, entre outros.

Ação/Detalhamento: Implantar planilha disponibilizada pelo curso para registro dos usuários diabéticos na unidade de saúde, de forma a manter registrada as informações inerentes a eles.

Ação/Detalhamento: Informar ao gestor municipal a importância da agilidade para a realização dos exames complementares, reunindo com a diretora da UBS para disponibilizar aos usuários a realização desses exames.

Ação/Detalhamento: Alertar os usuários sobre a importância dos exames complementares solicitados para uma melhor análise dos resultados em tempo hábil.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, conversando sobre a importância da realização dos exames, de que forma a se ter uma prevenção, melhoria e acompanhamento.

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, conversando sobre a importância da realização dos exames, de que forma a se ter uma prevenção, melhoria e acompanhamento.

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto à importância da periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, informando que somente por meio dos exames sabe-se a situação pertinente à patologia, de forma a acompanhá-la periodicamente.

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de terem acesso aos medicamentos da Farmácia na unidade de saúde e/ou da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, informando sobre o fornecimento de medicamentos, garantido pelas esferas federal, estadual e municipal.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe quanto à importância da realização de exame clínico apropriado, direcionando as informações para a equipe quanto ao melhor exame clínico concernente à patologia.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe para seguir a planilha implantada pelo profissional médico, na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares, informando da implantação e acompanhamento dos usuários por meio de informações traçadas na planilha disponibilizada pelo curso.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe sobre a importância de manter os usuários informados sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na Farmácia da unidade de saúde e/ou na Farmácia Popular/Hiperdia, conversando com a equipe para orientar aos usuários como obter os medicamentos na unidade de saúde e na farmácia popular.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas na planilha (consultas em dia), de forma que os técnicos de

enfermagem organizarão as fichas-espelho com informações dos usuários, além do prontuário.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Capacitar os técnicos de enfermagem para organizar a agenda, tendo em vista acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares, anotando o dia da consulta e agendando o retorno.

Ação/Detalhamento: Contatar os faltosos (hipertensos e diabéticos) por meio do ACS responsável pela microárea indo à residência do usuário.

Ação/Detalhamento: Capacitar os técnicos de enfermagem para organizar a agenda, tendo em vista acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, anotando o dia da consulta e agendando o retorno.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, por meio de visitas domiciliares com toda a equipe.

Ação/Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância da não evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos), por meio do ACS, nas visitas domiciliares, da importância de se fazer o acompanhamento para o monitoramento da saúde.

Ação/Detalhamento: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade da realização das consultas, informando que o acompanhamento para o controle da hipertensão faz-se necessário para evitar problemas futuros na saúde.

Ação/Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância da não evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) por

meio do ACS, nas visitas domiciliares, da importância de se fazer o acompanhamento para o monitoramento da saúde.

Ação/Detalhamento: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade da realização das consultas, informando que o acompanhamento para o controle da diabetes faz-se necessário para evitar problemas futuros na saúde.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Orientar os ACS quanto à importância de informar os hipertensos para a realização das consultas e sua periodicidade, capacitando-os para que informem aos usuários a importância da realização de consultas periódicas.

Ação/Detalhamento: Orientar os ACS quanto à importância de informar os diabéticos para a realização das consultas e sua periodicidade, capacitando-os para que informem aos usuários a importância da realização de consultas periódicas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Monitorar a qualidade do registro de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, estando a equipe atenta às informações anotadas e controladas pelos técnicos de enfermagem.

Ação/Detalhamento: Monitorar a qualidade do registro de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, estando a equipe atenta às informações anotadas e controladas pelos técnicos de enfermagem.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento, fazendo conhecê-la, de forma que o médico mostre como preenchê-la manualmente.

Ação/Detalhamento: Pactuar com a equipe o registro das informações, acordando a importância de se ter uma planilha para registro e a responsabilidade e o cuidado com a veracidade das informações anotadas pelos técnicos de enfermagem.

Ação/Detalhamento: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, por meio de uma ficha individual do usuário, se chegar o dia e ele não comparecer, informa-se ao ACS para contatá-lo. Um técnico de enfermagem que auxilia o médico no ambulatório ficará responsável pela comunicação entre a equipe.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde, informando a necessidade de registro para melhor acompanhamento.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso, em que o médico esclarecerá à equipe da importância e responsabilidade em anotar os dados do usuário corretamente.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético, em que o médico esclarecerá à equipe da importância e responsabilidade em anotar os dados do usuário corretamente.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, capacitando-os para o registro das informações do usuário de modo adequado para evitar transtornos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Avaliar os usuários hipertensos pelo menos duas a três vezes ao ano, informando à equipe da importância de um acompanhamento a estes usuários, de forma a monitorá-los por meio de exames.

Ação/Detalhamento: Avaliar os usuários diabéticos pelo menos duas a três vezes ao ano, informando à equipe da importância de um acompanhamento a estes usuários, de forma a monitorá-los por meio de exames.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários (hipertensos e diabéticos) avaliados como de alto risco, orientando à equipe de que os usuários hipertensos e diabéticos de alto risco devem ser atendidos em prioridade.

Ação/Detalhamento: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, em que caberá ao técnico de enfermagem separar as fichas para consultas pertinentes a este tipo de usuário, priorizando a consulta programada.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco (hipertensos e diabéticos) e à importância do acompanhamento regular, informando que as consultas devem ser priorizadas e são de suma importância para uma qualidade de vida.

Ação/Detalhamento: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), em que o médico orientará quanto à mudança de estilo de vida associada a uma alimentação saudável e à prática de atividade física regular.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Capacitar a equipe para informar a comunidade sobre a importância do conhecimento dos riscos, disponibilizando material educativo elaborado pelo médico, além da conversa em ambulatório ou nas consultas domiciliares.

Ação/Detalhamento: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, informando que é essencial anotar os dados na planilha para melhor acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, instruindo-os para informar a comunidade que tanto a alimentação saudável quanto a prática de atividade física regular interferem positivamente no bem-estar.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, encaminhando-os ao profissional para monitoramento dentário.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, encaminhando-os ao profissional para monitoramento dentário.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos, em que o médico conversará com o usuário para saber se está seguindo as orientações nutricionais.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos, em que o médico conversará com o usuário para saber se está seguindo as orientações nutricionais.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos, indagando se o usuário realiza atividade física, quantas vezes e em quanto tempo por semana.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos, indagando se o usuário realiza atividade física, quantas vezes e em quanto tempo por semana.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, questionando se o usuário realiza atividade física, quantas vezes e em quanto tempo por semana.

Ação/Detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos, questionando se o usuário realiza atividade física, quantas vezes e em quanto tempo por semana.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação/Detalhamento: Atender ao usuário hipertenso, considerando a classificação do risco hipertensivo, dando prioridade àqueles usuários que não realizam consultas, nem exames há um bom tempo e apresentam sintomas típicos de HAS.

Ação/Detalhamento: Atender ao usuário diabético, considerando a classificação do risco diabético, dando prioridade àqueles usuários que não realizam consultas, nem exames há um bom tempo e apresentam sintomas típicos de DM.

Ação/Detalhamento: Orientar práticas coletivas sobre alimentação saudável para hipertensos e diabéticos, em que a equipe desenvolverá palestras e apresentação de seminários.

Ação/Detalhamento: Orientar práticas coletivas sobre atividade física regular para hipertensos e diabéticos, em que a equipe desenvolverá palestras e apresentação de seminários.

Eixo Engajamento Público

Ação/Detalhamento: Orientar a comunidade para solicitar aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, solicitando à diretoria da UBS que se empenhe para a chegada do material de trabalho da equipe odontológica.

Ação/Detalhamento: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, nas visitas domiciliares, bem como no atendimento ambulatorial, dando informações sobre a necessidade de seguir as orientações médicas.

Ação/Detalhamento: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, nas visitas domiciliares, bem como no atendimento ambulatorial, dando informações sobre a necessidade de seguir as orientações médicas.

Ação/Detalhamento: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, nas visitas domiciliares, bem como no atendimento ambulatorial, dando informações sobre a necessidade de seguir as orientações médicas.

Ação/Detalhamento: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, nas visitas domiciliares, bem como no atendimento ambulatorial, dando informações sobre a necessidade de seguir as orientações médicas.

Ação/Detalhamento: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, em que a equipe apresentará, sob o comando do médico, seminários que informem a importância da abdicação do uso do tabaco.

Ação/Detalhamento: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, em que a equipe apresentará, sob o comando do médico, seminários que informem a importância da abdicação do uso do tabaco.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso, conversando sobre a importância do tratamento bucal para prevenção de doenças que interfiram no usuário já hipertenso.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético, conversando sobre a importância do tratamento bucal para prevenção de doenças que interfiram no usuário já diabético.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, por meio de palestras/seminários a serem organizados pela equipe sob a supervisão do médico.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, por meio de palestras/seminários a serem organizados pela equipe sob a supervisão do médico.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, por meio de palestras/seminários a serem organizados pela equipe com a supervisão do médico.

Ação/Detalhamento: Orientar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, por meio de palestras/seminários a serem organizados pela equipe sob a supervisão do médico.

2.3.2. Indicadores

1. Cobertura

1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

2. Qualidade

2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com a planilha.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com a planilha.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3. Proporção de hipertensos com a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com solicitação de exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Proporção de diabéticos com a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com solicitação de exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3. Adesão

3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

4. Registro

4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na planilha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na planilha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. Avaliação de Risco

5.1. Proporção de hipertensos com avaliação de fatores de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com avaliação de fatores de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Proporção de diabéticos com avaliação de fatores de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com avaliação de fatores de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6. Promoção da Saúde

6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde embasarão a concretização da intervenção, cujo foco é a ação programática de HAS e DM durante os três meses das ações. Para controle individual dos usuários, utilizaremos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso.

Durante as consultas ambulatoriais e domiciliares serão preenchidas as informações dos usuários na ficha-espelho que comporão os dados a serem inseridos na planilha de coleta de dados do curso, formatada no programa Excel, para que toda a equipe acompanhe, tendo em vista um atendimento de qualidade, de modo assíduo e organizado, pois na UBS em que atuo, não há prontuários eletrônicos, não sendo, pois, a Unidade informatizada.

Quanto à saúde bucal, como não há materiais de insumos na UBS, não haverá a possibilidade de coletar dados para inserção das informações dos usuários a não ser o encaminhamento pelo médico, caso haja necessidade de avaliação odontológica. Iremos contatar com os responsáveis da Divisão de Atenção Básica (DAB) do município de Macapá para providenciar as cópias do material a ser utilizado na intervenção, por exemplo, ficha-espelho; informativos sobre alimentação saudável, atividade física, HAS e DM.

A fim de organizar o registro específico do programa, o médico solicitará aos ACS uma lista de pacientes hipertensos e/ou diabéticos de sua respectiva

Monitoramento da intervenção													
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Relatório da Intervenção

As ações previstas no projeto da intervenção foram desenvolvidas conforme a necessidade de ajustes para o andamento dos trabalhos e de acordo com os eixos pedagógicos disponibilizados pelo curso que são: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica.

3.1. Ações Desenvolvidas

Para dar conta dos eixos, os usuários portadores de HAS e DM foram monitorados mediante preenchimento de ficha-espelho com informações pessoais, além de medicamentos e agendamento de retorno para consulta periódica. Houve, ainda, a solicitação de exames e o monitoramento do cumprimento das consultas para que melhorasse a qualidade do registro. A avaliação dos usuários dava-se, pelo menos, 2 a 3x/ano e encaminhamento ao dentista, à nutricionista e aconselhamento de atividade física e quanto aos riscos do tabagismo.

Quanto às ações que envolveram o eixo Organização e gestão do serviço, primamos por uma organização do registro de informações quando da consulta, além de melhorar o acolhimento, orientando a enfermeira, os técnicos e ACS quanto à importância de informar os usuários sobre a realização de exame clínico e organização dos dados. Caso necessário, contatar os faltosos, de forma a manter a agenda organizada em prol dos usuários. Procuramos priorizar o atendimento avaliado de alto risco, assim como também a orientação quanto às práticas de alimentação saudável e atividade física.

No que se refere ao eixo engajamento público, informamos à comunidade sobre o programa e orientamos sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares e a importância das consultas com acompanhamento regular, priorizando uma alimentação saudável, atividade física e abandono do tabagismo, além de orientá-la quanto à necessidade de solicitar aos gestores a garantia de atendimento dentário.

Quanto ao eixo da qualificação da prática clínica, a equipe foi orientada para realizar o cadastro adequado e verificar tanto a pressão arterial quanto à glicemia corretamente, como também orientar para manter os usuários informados da

importância das consultas, dos fatores de risco cardiovasculares, da avaliação do tratamento bucal e das metodologias de educação em saúde.

3.2. Ações Não Desenvolvidas

As ações previstas no projeto que não puderam ser desenvolvidas estão vinculadas ao fato de não ter 100% de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no atendimento, devido ao pequeno número de equipes de atenção básica para cobrir a área adstrita, além da falta de material individual como aparelho de pressão arterial, glicosímetro, EPIs, uniforme e transporte para locomoção da equipe em visita domiciliar. Todo esse aparato ficou sob a responsabilidade da equipe quando deveria ter um apoio governamental para o mínimo de desenvolvimento das atividades propostas que são exigidas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde no que diz respeito ao atendimento básico de saúde.

3.3 Dificuldades Encontradas

Não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, nem no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, porque o curso deu o suporte para desenvolvermos um trabalho organizado que viesse a ter um direcionamento para ações futuras a serem incorporadas à rotina do serviço da equipe, a fim de melhorar o atendimento não só aos usuários portadores de hipertensão arterial e aos diabéticos, alvo desta intervenção, mas aos usuários de forma geral, tendo como objetivo, também, o respaldo para viabilizar a implantação de outras ações programáticas na rotina do atendimento primário, mesmo com a finalização do curso para que a população seja a principal beneficiária desta atenção básica e de qualidade, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

3.4. Incorporação à rotina

O impacto da intervenção foi de que as ações previstas no projeto foram incorporadas à rotina do serviço, dando continuidade na ação programática como

uma rotina, mesmo com a finalização do curso. Ainda assim, os aspectos que podem ser melhorados e/ou adequados na incorporação desta rotina são: (1) a disponibilidade de veículo para a Equipe realizar a visita domiciliar, pois além da área de cobertura ser bastante extensa, a região Amazônica é bastante úmida, sendo que neste período de verão, os integrantes da equipe sofrem ainda mais por não receberem os EPIs e protetor solar, além do mais existem membros da equipe com problemas de pele em função da alta temperatura, mesmo tendo direito a afastamento, comparecem ao trabalho para contribuir em atividades administrativas; (2) a disponibilidade de sala para atendimento clínico, pois a sala que existe é dividida para 2 equipes de saúde da família; (3) o fornecimento de material de expediente, assim como armários e pia para assepsia das mãos após um exame físico no atendimento ao usuário; (4) a disponibilidade de medicamentos primordiais para uma unidade básica de saúde, pois conforme a resposta aos questionários quando da Análise Estrutural no início do curso, faltava mais de 90% dos medicamentos que deveriam estar dispostos na Farmácia da Unidade Básica de Saúde.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

A população-alvo estimada de acordo com a realidade em nossa área foi de 3000 usuários, tendo sido inserido em virtude de não possuir dados cadastrais. Assim, o cálculo automático estimado na planilha de coleta de dados foi de 456 usuários hipertensos e 113 usuários diabéticos. Destes, foram cadastrados e acompanhados 80 usuários hipertensos, bem como 13 usuários diabéticos.

Quanto ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos – as metas previstas inicialmente eram: 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde; 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* da unidade de saúde.

Em relação à cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, esta não atingiu o percentual de 100% em virtude de a equipe ser

pequena para o quantitativo estimado da área adstrita, por ser uma área em que a população é desassistida pelo poder público, carente de informações, demandando mais tempo no atendimento, de forma que os usuários pudessem ser acompanhados mais de perto para controle da doença e ter uma melhor qualidade de vida, evitando, assim desenvolver um risco de doença cardiovascular que é o grande vilão do hipertenso associado à diabetes. Assim, priorizamos principalmente a qualidade e não somente os dados estatísticos, além de termos de cumprir o atendimento de demanda da UBS.

Dessa forma, desde o início da intervenção, o atendimento veio crescendo gradativamente, apresentando os percentuais de 10,7% no 1º mês (49/456), 11,2% (51/456) no 2º mês e 17,5% (80/456) no 3º mês, conforme se observa no gráfico a seguir:

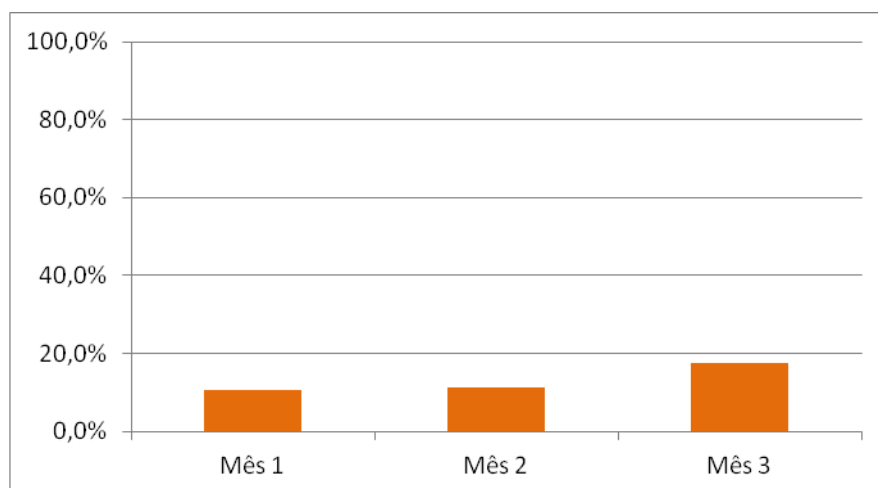


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Quanto à cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, esta também não alcançou a meta desejada de 100% de cadastro da área adstrita, mas em virtude do quantitativo ser menor em relação ao hipertenso, embora as patologias para este foco de intervenção atuem de forma conjunta, ou seja, a maioria dos pacientes hipertensos pode ser diabético e nem sempre o paciente diabético é hipertenso. Houve um crescimento no percentual durante a intervenção ocorrida nos três de meses chegando a quase 12% de cobertura com satisfação dos usuários atendidos. Os percentuais de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde para o 1º, 2º e 3º mês são de 8% (9/113), 8,8% (10/113) e 11,5% (13/113), respectivamente.

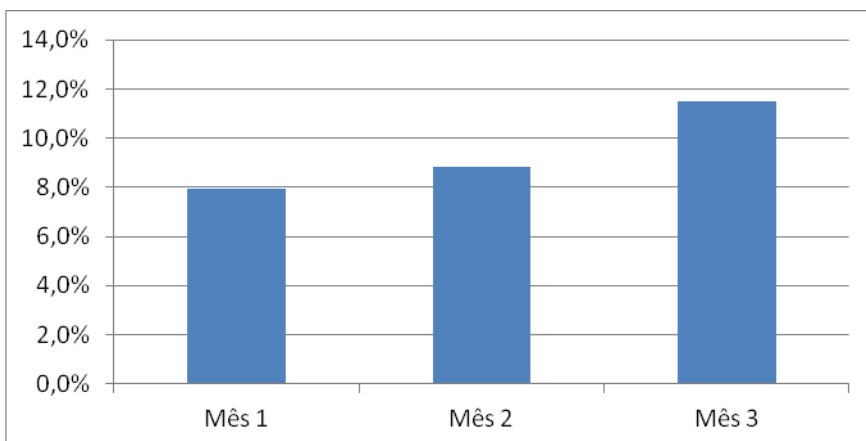


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

No que concerne ao objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos – as metas previstas inicialmente eram: 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos; 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos; 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos; 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Vimos, principalmente, que as metas para melhorar a qualidade da atenção e adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa propostas no projeto de intervenção foram atingidas à medida que íamos inserindo as atividades propostas no cronograma, pois os usuários aderiram aos benefícios de uma melhor qualidade de vida com mudanças de hábitos que podem ser bastante satisfatórias, atingindo 100% dos usuários hipertensos em atendimento para o exame clínico de acordo com o protocolo, conforme o gráfico abaixo.

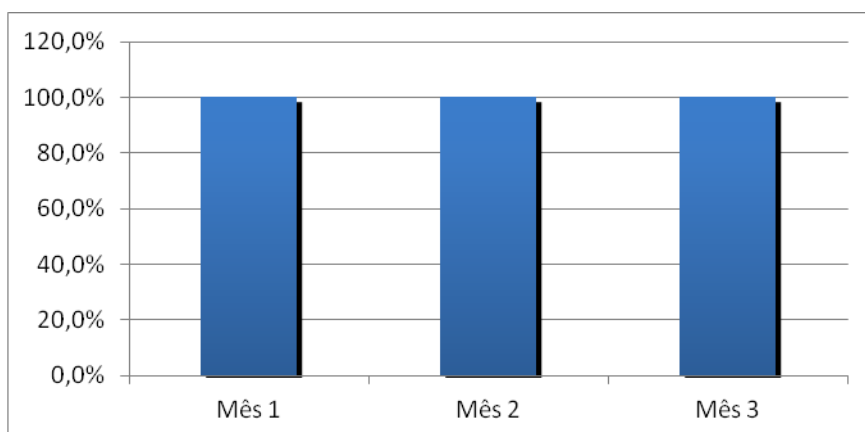


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Além do exame clínico em dia de acordo com o protocolo, eram solicitados exames de sangue, EAS, EPF e verificação de quais medicações os pacientes vinham utilizando, bem como suas dosagens diárias. Em relação à proporção de diabéticos com exame clínico, o percentual apresentado no gráfico abaixo coincide com o percentual da proporção do atendimento para os hipertensos, isto, de 100%.

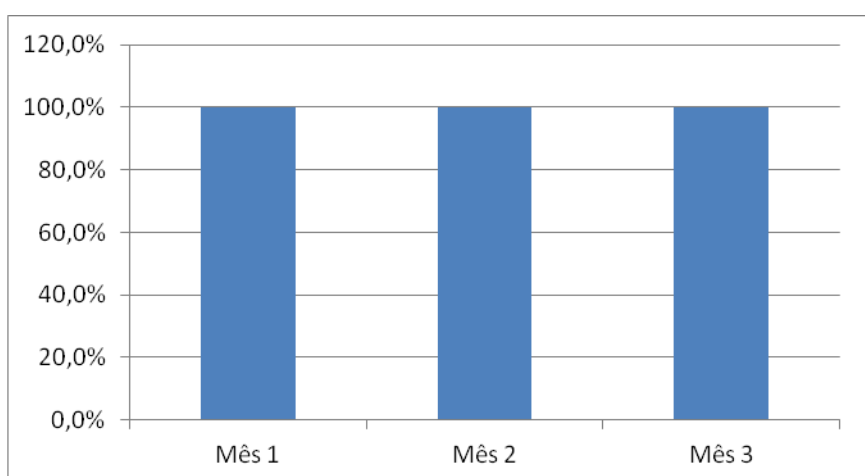


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Em relação aos exames complementares eram solicitados hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma, transaminase hepática e renal, além de EAS e EPF, bem como PCR, AR e ASLO para análise de possível processo inflamatório de acordo com o protocolo. Se compararmos o primeiro mês com o segundo, observamos um decréscimo no segundo mês, em virtude de alguns usuários não trazerem todos os exames solicitados em consulta anterior, perfazendo uma diferença percentual de 4%.

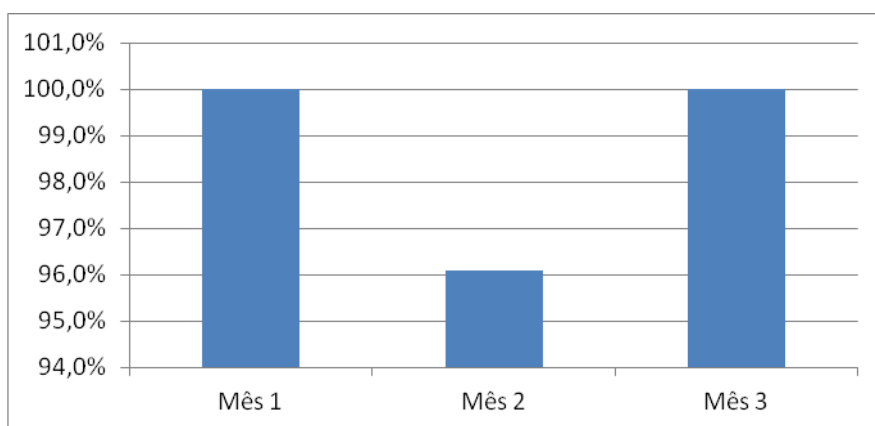


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Quanto aos exames complementares dos usuários diabéticos, o gráfico seis apresenta um índice percentual de 100%, de forma que todos os usuários atendidos eram acompanhados minuciosamente e, em contrapartida, eles também tinham uma preocupação com a própria saúde.

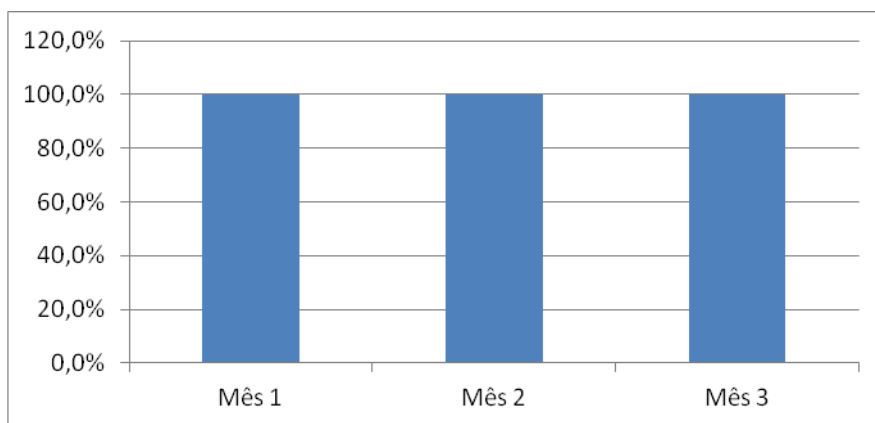


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação à proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o resultado revela que a medicação da farmácia popular está suprimindo as necessidades para o tratamento dos usuários hipertensos, configurando no gráfico abaixo (100%), a satisfação na prescrição de medicamentos pelo médico.

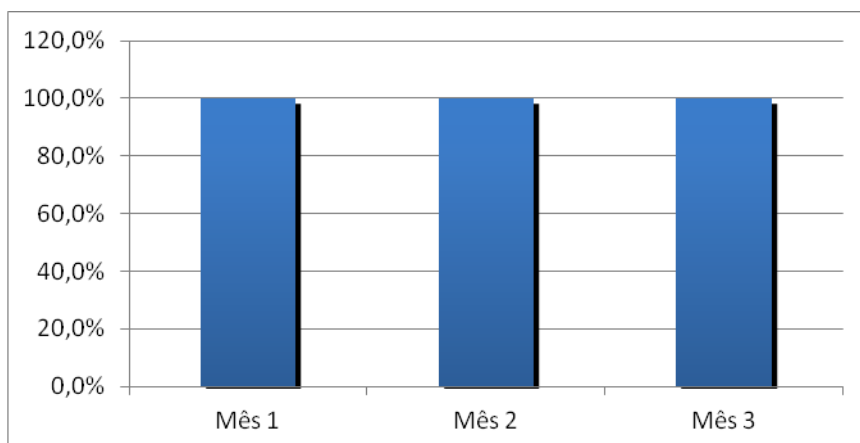


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Quanto à proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada, o índice foi de 100% nos três meses em que ocorreu a intervenção. Usuários diabéticos demonstraram satisfação com a disponibilidade da medicação, pedindo renovação de receita já que a medicação estava acabando.

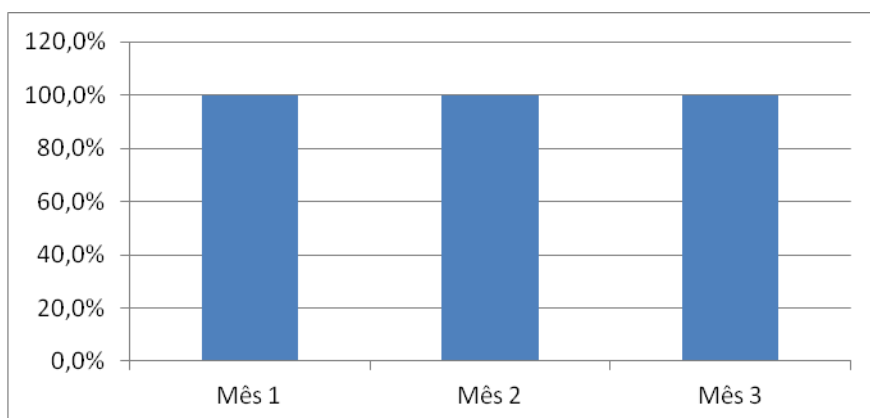


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

No que tange à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, todos os encaminhamentos, quando necessário, eram realizados no momento do exame clínico, no que se revelou índice percentual de 100% para os três meses no período da intervenção, conforme gráfico a seguir:

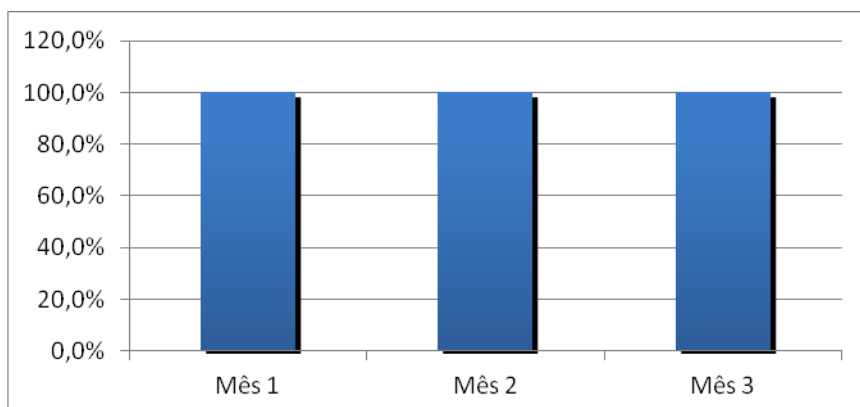


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Já a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o atendimento clínico acompanhou, como sempre com possíveis encaminhamentos, caso necessário, sendo realizada na consulta a necessidade ou não de exame odontológico, independente da faixa etária atendida. O percentual de 100% assemelha-se ao grupo de hipertensos.

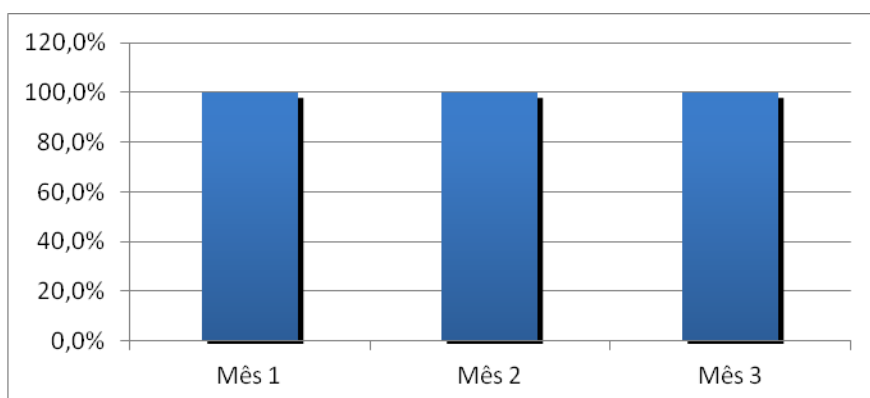


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No que tange ao objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa – as metas previstas inicialmente eram: 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Não foi necessário fazer busca ativa aos faltosos em virtude de um acordo comum com a equipe para realizar visita domiciliar com um grupo de usuários impossibilitados de se deslocar até a UBS por motivos como idade avançada e não ter um acompanhante, os filhos estarem trabalhando e não poderem ser liberados

de seus trabalhos, justificando assim não haver hipertensos faltosos, apresentando no gráfico a seguir, 0% de percentual:

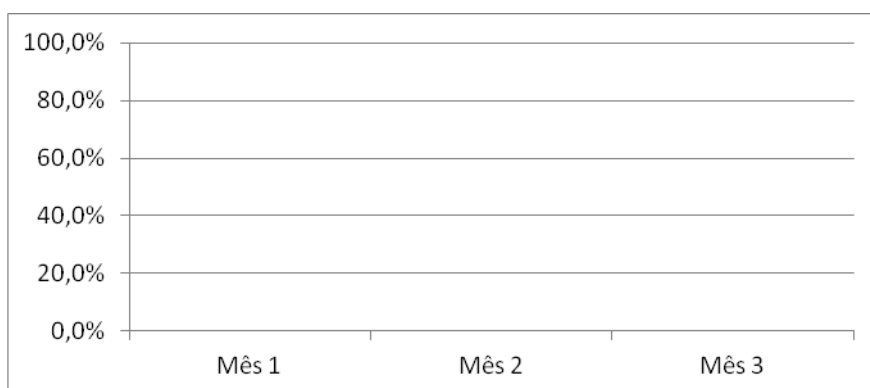


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Quanto à proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, o percentual se revelou semelhante ao gráfico anterior: 0%, com o mesmo intuito de não deixar que os usuários ficassem sem o atendimento necessário.

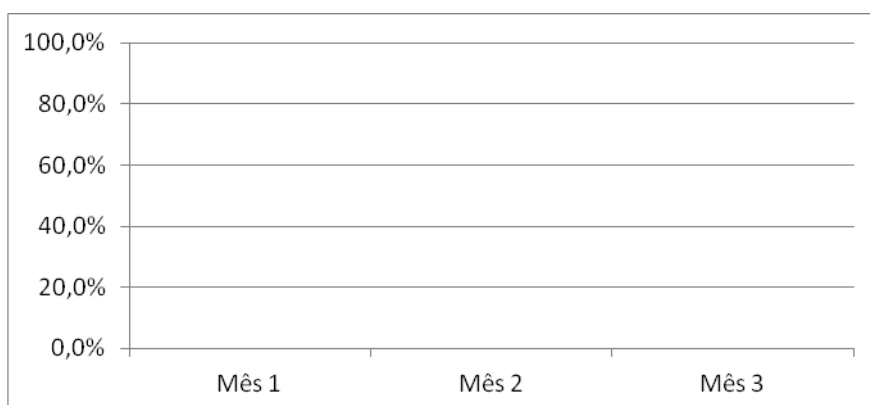


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Em relação ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações – as metas inicialmente previstas eram: 4.1. Manter planilha de acompanhamento de 100% dos hipertensos atualizada na unidade de saúde; 4.2. Manter planilha de acompanhamento de 100% dos diabéticos atualizada na unidade de saúde.

No que tange ao registro adequado na ficha de acompanhamento para hipertensos, houve orientação no sentido de atenção para o correto preenchimento da ficha-espelho e da ficha de acompanhamento, de forma a ter o devido registro, sempre frisando para a equipe a importância da intervenção de HAS e DM, essencial para seguir o projeto traçado e apresentado de acordo com o cronograma

elaborado. Nos três meses da intervenção, o registro na ficha de acompanhamento se deu de forma adequada, de acordo com a organização da equipe, revelando um percentual de 100%.

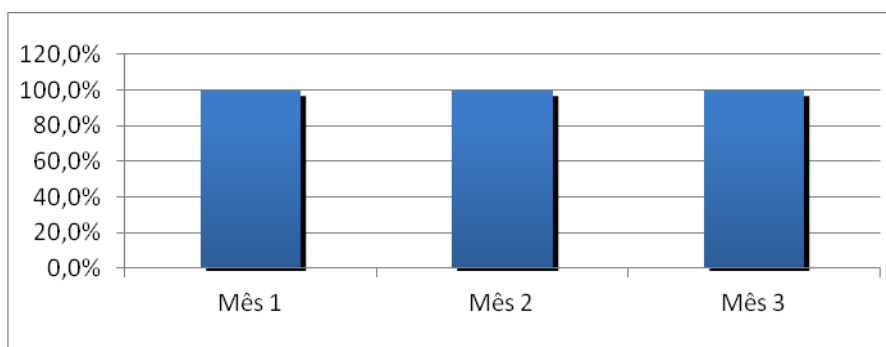


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Quanto ao gráfico 14 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, à medida que os exames fossem solicitados, o retorno era agendado, seguindo a sistematização para o levantamento dos dados dentro do projeto de intervenção. Embora haja toda uma organização para lidar com usuários cuja ação programática foi escolhida, não se deixa de atender à demanda espontânea como parte da integração da promoção da saúde, não fazendo exclusão, por isso, o índice de controle de registro foi de 100%, de acordo com o apresentado no gráfico a seguir:

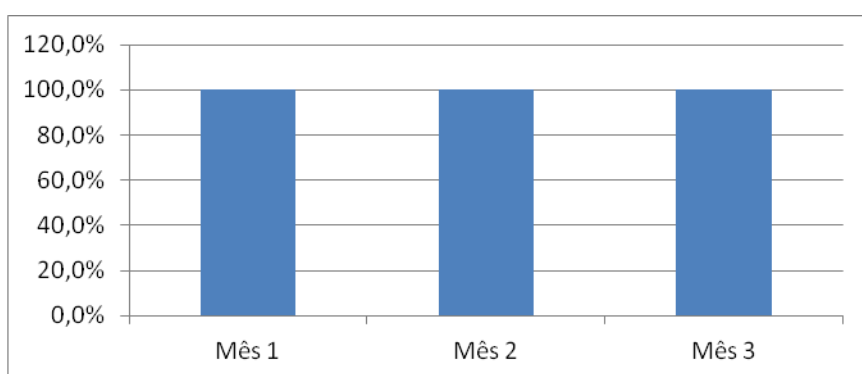


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

No que tange ao objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular – as metas previstas inicialmente eram: 5.1. Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na planilha da equipe

da unidade de saúde; 5.2. Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na planilha da equipe da unidade de saúde.

Em relação à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, a orientação aos usuários era quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo-os quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação. Assim, o índice chegou a 100%, conforme o gráfico:

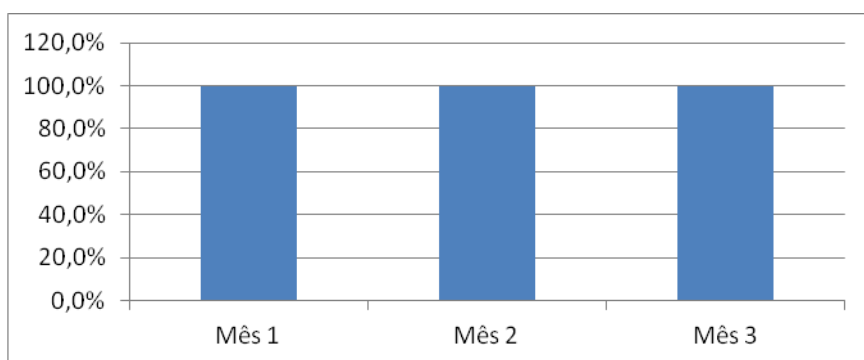


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

O percentual de 100% se manteve nos três meses para o gráfico seguinte:

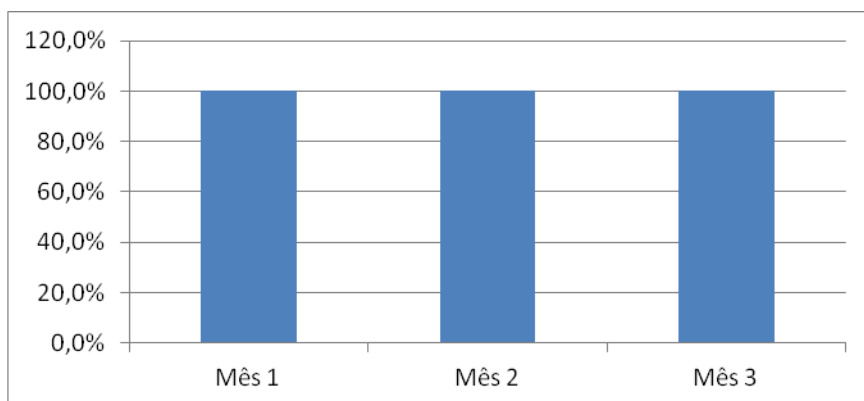


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Quanto ao objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos – as metas previstas inicialmente eram: 6.1. Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos hipertensos; 6.2. Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos diabéticos; 6.3. Orientar em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos; 6.4. Orientar em

relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos; 6.5. Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos; 6.6. Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos; 6.7. Orientar sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos; 6.8. Orientar sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

No que concerne ao gráfico 17 a seguir, para viabilizar a prática clínica dos componentes da equipe, foram organizadas apresentações de seminários pelos membros da equipe, de forma a ter início com uma dupla formada de um ACS e um técnico, acontecendo sempre às sextas-feiras, com 1º tema sobre *Alimentação Saudável*.

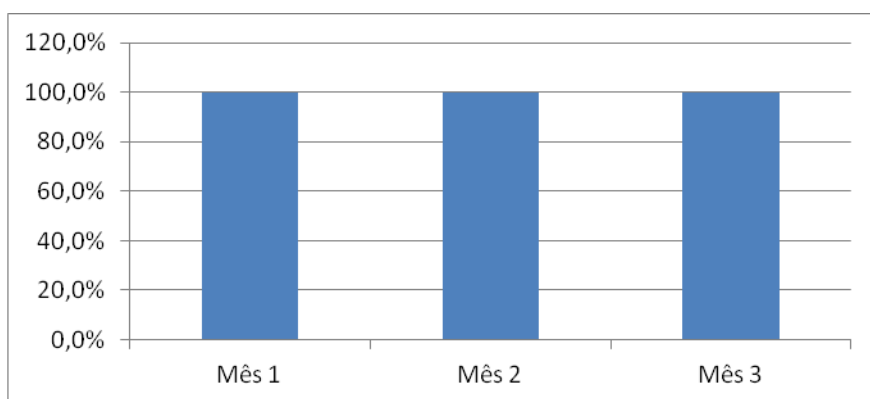


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

No gráfico a seguir 18, houve orientação para os diabéticos sobre alimentação saudável como ingestão de frutas e verduras, bastante água para evitar problema renal, infecção urinária, entre outros. A orientação foi direcionada, também, quanto à ingestão de líquido (água, suco), já que o calor passou a ser intenso neste segundo semestre de 2014, na região Norte do país. Os pacientes demonstraram satisfação com o atendimento prestado pelo profissional do PROVAB, pois era a primeira vez que um médico conversava mais à vontade com os usuários. Uma conversa bem informal, porém, de grande importância para uma vida mais longa e saudável.

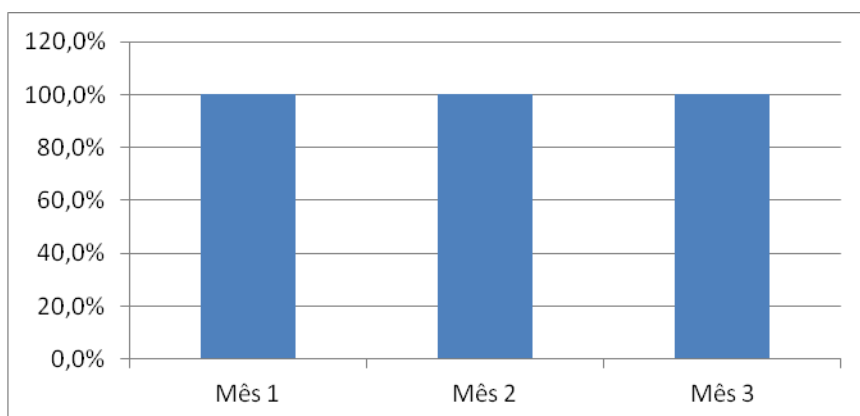


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

É comum os usuários relatarem a satisfação no atendimento, sabendo que a pressão arterial é uma doença crônico-degenerativa que requer uma atenção mais profícua em prol de uma vida mais longa e saudável.

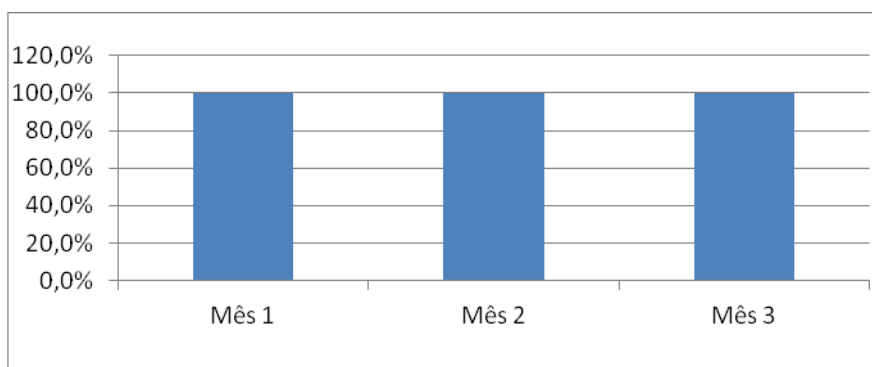


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Os usuários diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular alcançando o percentual de 100%, de acordo com o gráfico abaixo. É importante salientar que o paciente quando é, simultaneamente, diabético e hipertenso, requer atenção redobrada na orientação principalmente, sobre atividade física, já que o paciente que pretende fazer uma caminhada, por exemplo, não pode usar qualquer sapato e nem intensificá-la por conta própria, tendo assim, um acompanhamento mais supervisionado do profissional médico. Como de praxe, a orientação foi direcionada à prática de atividade física, exceto para os diabéticos que não podem realizar atividade física com certa intensidade.

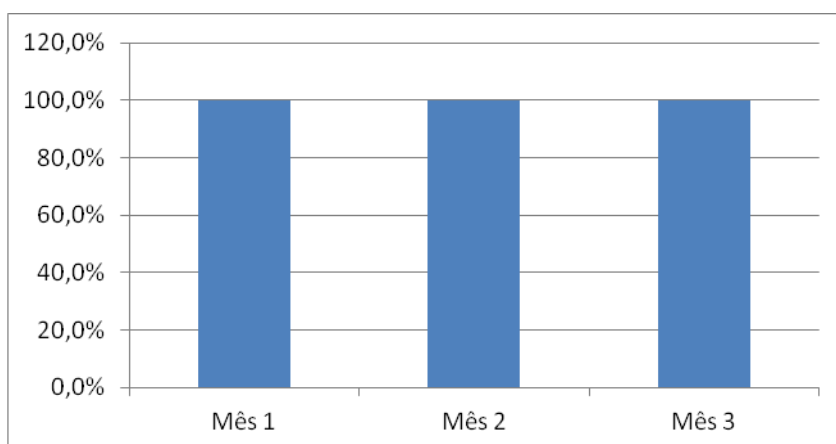


Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Quanto ao tabagismo, houve conversa com usuários para saber se fazem uso do cigarro, sendo a resposta positiva, no que alguns usuários descobriram serem hipertensos, abstiveram-se do uso do tabaco. A proporção dos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo é revelada pelo percentual de 100%, de acordo com o gráfico a seguir:

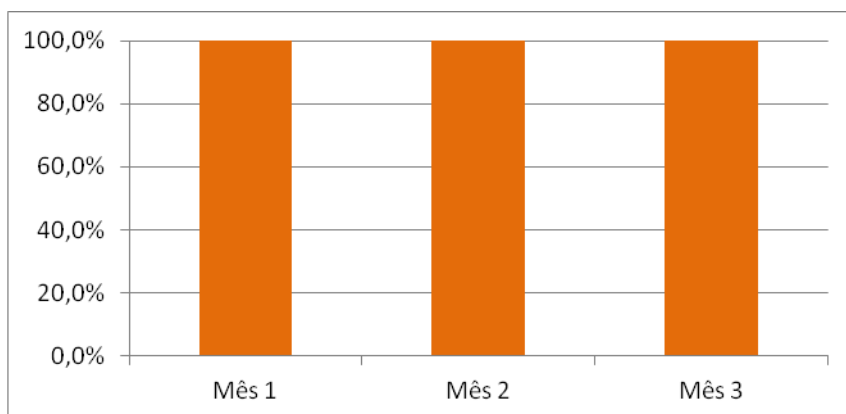


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

No que se refere à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, a conversa era saudável e proveitosa, de forma que os usuários agradeciam pela orientação. Dessa forma, o índice percentual corresponde a 100%, igualando à proporção de hipertensos.

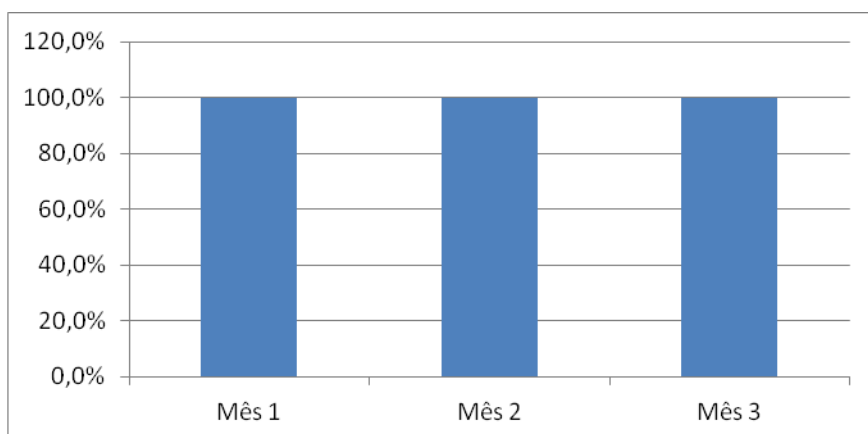


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Quanto ao gráfico 23, o qual corresponde à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, o valor percentual foi de 100%, de forma a direcionar a comunidade para o profissional dentista, mas não se tem a garantia de atendimento, pois seria preciso orientar a os usuários para solicitar aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o respectivo profissional.

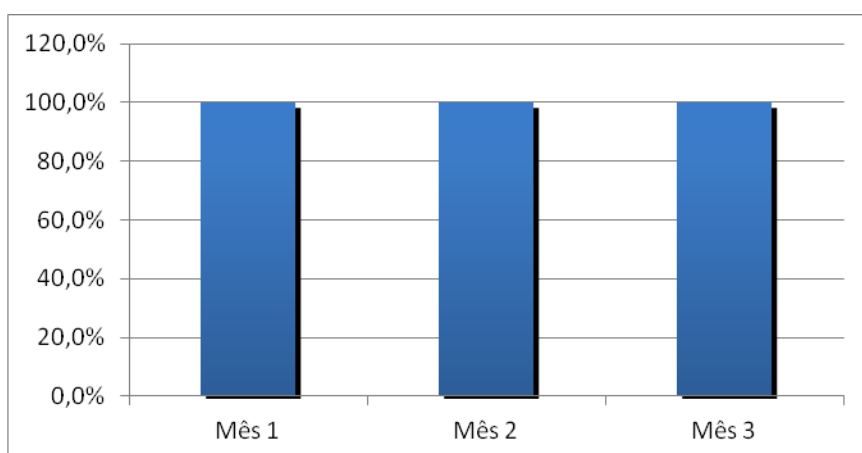


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Em relação à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, o percentual se configurou o mesmo do gráfico anterior, ou seja, de 100%, fazendo-se necessário haver um monitoramento para possíveis consultas periódicas seja semestrais e/ou anuais dos diabéticos com o profissional dentista, pois o fato do profissional avaliar a necessidade de atendimento odontológico, não é

garantia de atendimento em virtude de atrasos dos insumos ou até mesmo paralisação do profissional por não ter instrumentos de trabalho.

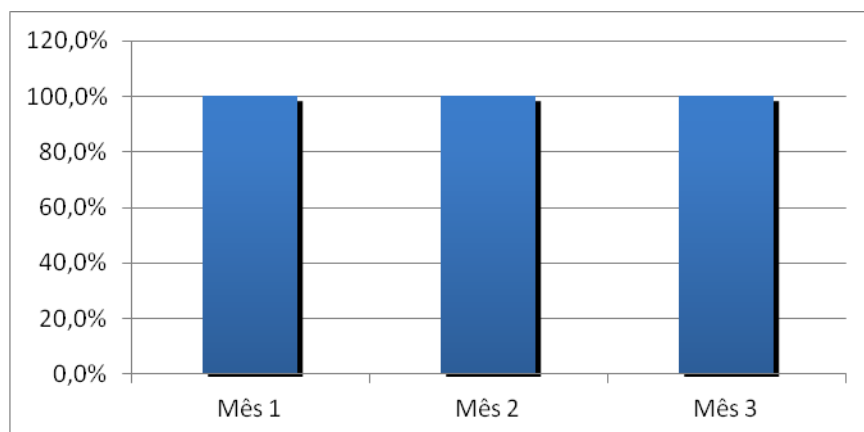


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Acredito que as ações previstas no projeto serão incorporadas à rotina do serviço da equipe para melhorar o atendimento não só aos hipertensos e aos diabéticos, alvo desta intervenção, mas aos usuários de forma geral, de forma a viabilizar e dar continuidade a ação programática como rotina. Mais uma vez, os usuários manifestarem o reconhecimento do profissional médico e toda a sua equipe na condução dos trabalhos realizados na UBS, já que eles necessitavam desse acompanhamento, regularmente. É importante relatar que nos três meses de atendimento foram distribuídos informativos sobre alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, bem como explicação destas doenças e como podem agir no corpo humano. A finalidade foi de conscientizar os pacientes das patologias que podem prejudicar o organismo, de modo geral, caso não sigam as recomendações médicas. Ao final, todos agradeceram pela visita e disseram serem bem-vindos nossos trabalhos para a melhoria da saúde.

4.2. Discussão

A intervenção na ação programática escolhida para acompanhar hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde em que atuo propiciou: a melhoria dos registros, a qualificação da prática clínica de toda a equipe, a elaboração e distribuição de materiais educativos com o intuito de informar os usuários da importância de uma alimentação saudável, prática diária de atividade física e estilo

de vida, bem como apresentação de palestras, de forma a contemplar os quatro eixos estabelecidos quando da elaboração do projeto de intervenção.

Apesar da ampliação da cobertura do programa para hipertensos e diabéticos, ainda há usuários sem cobertura, em virtude de a equipe ser pequena em relação ao quantitativo de pessoas da área em que a UBS se localiza, por ser uma área populosa e desassistida pelo poder público, carente, sobretudo, de informações. O impacto da intervenção foi claramente percebido pela comunidade, pois quando se faziam os atendimentos, principalmente os domiciliares, os usuários achavam que estas facilidades de atendimento davam-se em virtude do período eleitoral, o que se explicou não sê-lo, pois é um princípio de atenção básica do Ministério da Saúde que já vinha sendo desenvolvido e que a meta era ampliar a cobertura de atendimento para a promoção da saúde. Os pacientes demonstraram satisfação com o atendimento prestado pelo profissional do PROVAB, pois era a primeira vez que um médico conversava mais à vontade com os usuários. Uma conversa bem informal, porém, de grande relevância para uma vida mais longa e saudável. A equipe toda foi parabenizada pela condução das atividades junto à comunidade no sentido da orientação.

A intervenção sendo realizada tanto hoje quanto em relação ao período em que iniciou não seria diferente, pois houve um planejamento, mesmo que este não tenha alcançado a meta estabelecida de ampliação da cobertura para hipertensos e diabéticos, não em virtude de relaxamento ou displicência de atendimento, mas feito de acordo com as condições próprias da equipe, estabelecendo, de certa forma, uma qualidade em vez da quantidade. O que poderia ser melhorado pela gestão seria a disponibilização de transporte para deslocamento da equipe nos atendimentos domiciliares, bem como de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), já que muitas vezes foram utilizados materiais adquiridos com recursos pessoais, como aparelho de pressão, glicosímetro, chapéus, protetor solar, uniforme.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço da equipe, de forma que funcione, adequadamente, para melhorar o atendimento não só aos hipertensos e aos diabéticos em especial os de alto risco, alvo desta intervenção, mas aos usuários de forma geral, para viabilizar e dar continuidade à ação programática como rotina. Mais uma vez, os usuários manifestaram o reconhecimento do profissional médico e toda a sua equipe na condução dos trabalhos realizados na

UBS, já que eles necessitavam desse acompanhamento, regularmente e da conduta do profissional.

Como o tempo de três meses é muito exíguo para se implementar todas as modificações possíveis, ficam planejadas as seguintes melhorias para a área de hipertensos e diabéticos: formação de grupos para realização de palestras e junto a isso incentivar a realização de caminhadas na orla da Beira-Rio (Rio Amazonas) na capital do estado, já que é uma área de preservação ambiental e propícia para este tipo de atividade.

É importante dar continuidade no atendimento prestado durante os três meses de intervenção, pois foram distribuídos informativos sobre alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, bem como explicação destas doenças e como podem agir no corpo humano. A finalidade é sempre de conscientizar os usuários das patologias que podem prejudicar o organismo, de modo geral, caso não sigam as recomendações médicas.

Idealiza-se que com a contratação de mais profissionais da saúde e a vinda de médicos, as equipes de Saúde da Família tendem a ser ampliadas, de forma que a cobertura de hipertensos e diabéticos seja efetivada proporcionalmente ao número de equipes *versus* usuários, já que o atendimento muitas vezes fica somente restrito às equipes por ainda haver grande carência do profissional médico na região Norte do país.

Em relação aos resultados do gráfico 5 “proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo”, se compararmos o primeiro mês com o segundo, observamos um decréscimo no segundo mês, em virtude de alguns usuários não trazerem todos os exames solicitados em consulta anterior, perfazendo uma diferença percentual de 4%. Por exemplo: um usuário diabético faz tratamento há, aproximadamente, 30 anos; o exame de triglicerídeos revelou-se aumentado - 418, fazendo uso do ciprofibrato 100 mg, dosagem máxima e que não regredia esse valor. O colesterol total e frações apresentavam-se dentro da normalidade. Ao entrar em contato com o Telessaúde para nortear a condução mais apropriada neste caso, mesmo tendo já em mente o que fazer, qual seja: trocar o ciprofibrato pela sinvastatina 40 mg/dia pensando em uma melhor prevenção cardíaca para a paciente, o atendimento foi repassado ao Dr. Tiago, o qual reiterou a ação.

Quanto ao gráfico 7 “proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada”, os usuários em acompanhamento estavam bem dispostos que chegaram a relatar dar para viver mais quatro anos, tendo em vista alcançar nova eleição para presidente em um tom bem humorístico.

De acordo com o gráfico 16 “proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia”, em uma das visitas domiciliares, verificamos que um paciente veio a óbito, este era diabético e tinha 56 anos, não por falta de atendimento da equipe, mas pelas circunstâncias de vida que o paciente levava, morando sozinho, sem os cuidados necessários e exigidos para a patologia que apresentava. A única visita que recebia era da equipe e de alguns vizinhos amigos. Em virtude disso, a equipe fazia visitas rotineiras, mesmo sobrecarregando o tempo que seria destinado a outros usuários. O que importa é o nível de atendimento qualitativo e que este seja preponderante para evitar, futuramente, possíveis sequelas nestes usuários, e não somente dar importância ao quantitativo, ou seja, aos números, sendo a cobrança natural para a realização das atividades a que nós nos propusemos.

No que concerne ao gráfico 17 sobre proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada palestra na residência de um paciente hipertenso, estendendo-se a outros usuários, residentes nas proximidades, fazendo com que os partícipes da comunidade tenham as informações necessárias para uma melhor qualidade de vida. A equipe levou frutas para demonstração e degustação, tendo sido destacado o valor nutritivo das frutas, bem como o benefício para a saúde. Além disso, houve discussão sobre os malefícios da fritura para um paciente.

No atendimento, a orientação da alimentação saudável é importante para um hipertenso, porque mesmo fazendo uso de medicamento anti-hipertensivo e não tendo controle para um hábito alimentar saudável, por si só não se controla a pressão, daí a importância da alimentação como fator preponderante para uma melhor qualidade de vida. Vale destacar que, na região Amazônica, a população é adepta do açaí com farinha ou carne de charque, fazendo com que muitos não tenham controle da pressão arterial. Alguns foram usuários foram categóricos em relatar que não se preocupam com a alimentação, achando que a medicação vai resolver tudo. Por coincidência, dois usuários apresentaram em seus exames de

hemograma, anemia, o que não foi motivo de surpresa, pois são usuários de baixo poder econômico, convivendo com eles filhos e netos, o que muitas vezes o salário recebido não permite ter um controle na alimentação como deveriam, segundo eles afirmaram. Mesmo assim, a equipe toda foi parabenizada pela condução das atividades junto à comunidade no sentido da orientação.

Em relação a um usuário diabético que retorna com exames, mas não faz uso de medicamento porque acredita na fé em Deus, por ser evangélico e procura controlar a alimentação. O resultado da glicemia estava um pouco elevado, acima do limite da normalidade. Para o colesterol, o controle é feito com tratamento caseiro, como berinjela e a casca do chuchu. Faz-se importante mencionar que, nas visitas domiciliares, a ênfase é dada aos pacientes diabéticos e hipertensos, mas também há o atendimento de outras patologias, primando pelo princípio da equidade e que todos os usuários têm direito a um atendimento de qualidade. Explicamos a importância de evitar comer batata, macarronada, leite integral em excesso, já que pode haver aumento nos níveis de colesterol e de triglicerídeos, deixando-os cientes de que o controle alimentar é de suma importância para uma melhor qualidade de vida de forma a evitar, também, sequelas como AVC, seja hemorrágico ou isquêmico, observa-se no gráfico 18 a “Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável”.

No que tange ao gráfico 21 - “proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo”, a enfermeira-chefe da equipe mencionou, em uma das reuniões, a retomada de um trabalho desenvolvido com um grupo de tabagistas e que foi suspenso há mais de um ano. Quando era realizado, o trabalho apresentou pontos positivos, diminuindo o número de fumantes. O grupo era formado por uma clientela de, no máximo, 15 pessoas, havendo um número significativo de abstinência ao fumo. Evidentemente que este número foi ultrapassado, pois não se poderia excluir os que queriam participar.

Em relação ao gráfico 22 – “proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo”, dois destes usuários até pensavam que as visitas quando em domicílio eram em virtude do período político que, segundo eles, era muito comum. Mas, justificamos que o acompanhamento e a orientação feitos pela equipe independem do período eleitoral.

Quanto ao gráfico 23 – “Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal”, o médico orienta quanto ao direcionamento da comunidade

para o profissional dentista, mas não se tem a garantia de atendimento, pois seria preciso orientar os usuários a solicitar aos gestores municipais garantia da disponibilização deste atendimento com o respectivo profissional.

Assim acontece no gráfico 24 – “Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal”, pois o fato do profissional avaliar a necessidade de atendimento odontológico, não é garantia de atendimento em virtude de atrasos dos insumos ou até mesmo paralisação do profissional por não ter instrumentos de trabalho.

4.3. Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório de intervenção com foco em hipertensos e diabéticos visa informar aos gestores municipais, secretário de saúde, prefeito da cidade de Macapá, estado do Amapá, o que foi realizado no período de três meses pela ESF, da UBS Perpétuo Socorro, composta por um médico, uma enfermeira, cinco técnicos de enfermagem e cinco ACS.

A intervenção realizada resultou em muitos aspectos positivos para a população-alvo, como: a melhoria dos registros de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos; a qualificação da prática clínica da equipe; a elaboração e distribuição de materiais educativos na orientação nutricional; a prática diária de atividade física regular e mudança no estilo de vida; a apresentação de palestras, de forma a contemplar os quatro eixos estabelecidos quando da elaboração do projeto de intervenção, a saber:

- monitoramento e avaliação; - organização e gestão do serviço;
- engajamento público; - qualificação da prática clínica.

Para os quatro eixos acima relacionados no que concerne à ação programática para hipertensos e diabéticos, os objetivos e suas respectivas ações no programa versaram sobre:

- a ampliação da *cobertura*;
- a melhoria da *qualidade* da atenção básica;
- a *adesão* desses usuários ao programa;
- a melhoria do *registro de informações*;
- o *mapeamento de risco* para doenças cardiovasculares e
- a *promoção da saúde*.

A intervenção resultou na qualificação da atenção à saúde, cujos beneficiários foram os usuários hipertensos e diabéticos atendidos, bem como a população que procura a UBS em busca de atendimento qualificado. Esta intervenção exigiu a capacitação da equipe quanto às recomendações do Ministério da Saúde em relação à promoção da saúde relativa ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade gerou um trabalho integrado entre os membros da equipe (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) junto à comunidade para assim desenvolver ações que viessem atender às necessidades dos usuários hipertensos e diabéticos. Cada membro da equipe atuou, de forma sincronizada, para que os trabalhos fluíssem satisfatoriamente, exercendo as funções que lhe eram pertinentes, como: (a) captação e acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos (ACS, técnicos de enfermagem, enfermeira e médico); (b) atendimento clínico e supervisionado (médico e enfermeira).

Foi de grande importância a intervenção no serviço da equipe, porque antes dela ser realizada, o atendimento era aleatório, sem agendamento, quem chegasse era atendido, mas que não tinha um controle destes usuários, de forma que era preenchido um prontuário a cada atendimento, o que gerava retrabalho dos profissionais da saúde. A intervenção reviu tanto as atribuições dos componentes da equipe como sua organização para um bom desenvolvimento do trabalho diário, de forma a viabilizar a agenda para atender um maior número de pessoas, tendo em vista a organização e o reestabelecimento do controle, o que se faz importante para o serviço de rotina ocorrer conforme o que preconizado pelo Ministério da Saúde.

Assim, as ações educativas precisam e devem ser ampliadas para que os usuários se conscientizem que a saúde é um motivo para o prolongamento de vida com qualidade. Para se ter uma ideia, em uma das microáreas adstritas, as casas ficam sobre uma área de baixada. Nesta foi feito um acompanhamento e observação, ao longo da intervenção, por meio de exames solicitados na população de modo geral, evidenciando que 60% dos pacientes apresentam, em seus exames, verminose associada à micose, como também desidratação. Não há um saneamento básico para este público. Os dejetos que se juntam à urina são jogados embaixo das casas, pois essas residências se situam sobre um lago e que algumas delas têm suas madeiras fincadas a 7 metros de distância da superfície.

É preciso frisar que para a realização desta intervenção houve um planejamento. Mesmo que não se tenha alcançado a meta estabelecida de ampliação da cobertura para hipertensos e diabéticos prevista inicialmente no projeto, isto não se deu em virtude de descaso ou displicência no atendimento, mas por ter sido feito de acordo com as condições próprias da equipe, estabelecendo-se desta forma uma melhora na qualidade, para subsequentemente se pensar em quantidade. O que poderia ser melhorado pela gestão seria a disponibilização de transporte para deslocamento da equipe nos atendimentos domiciliares, assim como também o fornecimento dos EPIs, já que foram muitas vezes utilizados materiais adquiridos com recursos próprios, como aparelho de pressão, glicosímetro, chapéus, protetor solar, uniforme.

Vale lembrar que a intervenção pode ser incorporada à rotina do serviço da equipe, de forma que funcione, adequadamente, para melhorar o atendimento não só aos hipertensos e aos diabéticos em especial, alvo desta intervenção, como também aos usuários de forma geral, para viabilizar e dar continuidade a ação programática como rotina. O que poderia ser e muito melhorado para uma ação programática com resultados eficazes a fim de melhorar a atenção à saúde no serviço, seria a contratação de mais profissionais da saúde, a vinda de médicos para as equipes de Saúde da Família que se encontram sem este profissional, bem como a já citada disponibilização de materiais para que as equipes possam trabalhar satisfatoriamente, de forma a ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, atendendo a população de uma maneira geral e que esta se sinta efetivamente recepcionada humanamente, conforme a legislação da AB.

Convém ressaltar que estamos falando de atendimento básico e de população numerosa, portanto, se tivermos um bom alicerce na atenção básica, de forma a identificar as necessidades da UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual, evitaremos que, no futuro, os setores secundário, terciário e quaternário se congestionem, impedindo que haja, assim, alto custo para os gestores em relação à saúde, além de poder prevenir doenças crônico-degenerativas, entre outras patologias pré-existentes ou existentes, proporcionando um bem – estar da população, o que se configura na promoção da saúde, tanto veiculada pelo Ministério da Saúde em seus aportes teóricos, fazendo

com que quando assistimos a um programa de televisão, não presenciemos reportagens cujas cenas revelam o real descaso à saúde pública, em virtude de não ter tido um planejamento de ação primária de qualidade à saúde.

Embora o número de equipes *versus* usuários não seja suficiente para o atendimento clínico e social, não houve comprometimento dos demais atendimentos feitos pela equipe. Sabe-se que o número de equipes não é suficiente em razão da grande demanda que procura a UBS. E, além disso, que há carência de profissionais médicos na região Norte do país. Mesmo havendo carência de profissionais, a população manifesta e reconhece o valor dos que estão trabalhando, parabenizando a toda ação desenvolvida pela equipe na condução dos trabalhos realizados na UBS, já que os usuários necessitavam desse acompanhamento regularmente e da conduta de um profissional qualificado.

É importante salientar o compromisso em dar continuidade a este trabalho como uma experiência que deu certo para o atendimento prestado durante os três meses de intervenção. Houve diálogo com bastante interesse por parte da comunidade, tendo sido relatado não haver atenção por parte de profissionais que estão na ativa há muito tempo os quais, de certa forma, sofrem desestímulo com a falta de soluções frente às necessidades urgentes no âmbito da saúde. A equipe distribuiu informativos sobre alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, bem como explicação destas doenças e como podem agir no corpo humano, além de evitar uso do álcool e tabaco para uma melhor qualidade de vida. A finalidade foi de conscientizar tanto os usuários como a população das patologias que podem acometer e prejudicar o organismo, de modo geral, caso não sigam as recomendações médicas.

4.4. Relatório da intervenção para comunidade

Nos meses de Agosto a Novembro/2014, a ESF fez diversas mudanças no atendimento das pessoas com pressão alta e açúcar alto, supervisionadas pelo Dr. José Airton. Quem passou por este atendimento notou que recebeu uma atenção especial sobre coisas importantes como controle da pressão e do açúcar, orientações sobre como se prevenir de doenças do coração, dos pulmões, dos olhos com uma alimentação mais saudável e exercício físico regular.

Para que a comunidade tivesse mais informação sobre pressão alta, açúcar alto, alimentação saudável e atividade física, foram entregues panfletos e materiais informativos, para que a população atendida despertasse para estes problemas. O atendimento foi positivo, ganhando a comunidade com a melhoria dos registros para melhor acompanhamento da equipe, a qual está mais preparada para o atendimento aos usuários; a comunidade foi beneficiada com orientações dadas em palestras sobre pressão alta, açúcar alto, exercícios físicos regulares, necessidade de cuidar dos dentes, riscos para os fumantes, DSTs, porque não usar “camisinha” é um perigo para a saúde. Durante as palestras e nos atendimentos no consultório, perguntamos aos pacientes que têm pressão alta:

- (1) Você sabe o que é pressão alta?
- (2) Como controlar uma pressão alta?
- (3) Quais são as pessoas que podem ter pressão alta?
- (4) Quais os sintomas que a pressão alta pode apresentar?
- (5) Como é feito o tratamento da pressão alta?
- (6) O que fazer para evitar pressão alta?

Perguntamos, também, aos que têm açúcar alto no sangue:

- (1) O que é açúcar alto no sangue?
- (2) Quais os tipos de açúcar alto no sangue?
- (3) O que pode acontecer se o açúcar estiver alto no sangue?
- (4) Como posso saber se estou com açúcar alto no sangue?
- (5) Que cuidados devem-se ter para evitar açúcar alto no sangue?

Percebemos que as perguntas foram esclarecedoras, pois eles até sabiam, mas não seguiam as orientações, pois quando uma pessoa da família fala sobre alimentação saudável, atividade física não tem interesse, mas quando o profissional da saúde fala, torna-se mais importante. Eles deram exemplos de alguns amigos que morreram de pressão alta ou mesmo com açúcar alto no sangue por não terem cuidado com a alimentação, nem com a saúde (Exemplo: Seu José, que mora na mesma rua, morreu, porque não tinha cuidado com a alimentação, comia muito peixe frito em vez de cozido ou assado; fumava muito também). Estes são exemplos que os usuários dão quando são atendidos na UBS, prestando atenção quando se fala sobre uma vida saudável.

Além destas orientações com panfletos e materiais educativos foram feitas ações educativas em escolas para aproximar o trabalho da equipe de saúde à comunidade, esclarecendo os estudantes e seus responsáveis de como prevenir doenças sexualmente transmissíveis. Uma das ações foi realizada na Escola Estadual Azevedo Costa, com atendimentos e pedido de exames para açúcar alto no sangue, verificação da pressão alta e encaminhamentos para a realização de exames de rotina.

Se a comunidade desejar, pode ajudar a melhorar cada vez mais o serviço, apontando os problemas no atendimento para que a atenção à saúde na UBS não seja tida como um descaso por parte dos governantes. Este trabalho realizado na rotina do serviço da equipe visa melhorar o atendimento não só das pessoas que têm pressão alta, mas de pessoas com açúcar alto no sangue, em especial os de alto risco. Mais uma vez, os usuários agradeceram ao médico e toda a sua equipe pelo atendimento e acompanhamento regular.

Antes desse período de três meses, o atendimento era feito sem controle, com várias fichas de acompanhamento, o que gerava descontrole na equipe. A partir deste monitoramento, a equipe passou a se organizar para um bom desenvolvimento da rotina de trabalho. Com isso, a agenda ficou organizada para atender um maior número de pessoas, a população se sentiu respeitada e acolhida, seus problemas resolvidos ou, pelo menos, encaminhados. Apesar de uma população carente, a equipe prestou ajuda nas necessidades da comunidade em um atendimento mais humano. Os usuários ficaram satisfeitos nos atendimentos, principalmente nos domiciliares, pois era a primeira vez que um médico conversava mais à vontade com eles. Uma conversa simples, mas de grande importância para uma vida mais longa e saudável. A equipe, de uma forma geral, foi parabenizada pelo desenvolvimento das atividades, da conversa na atenção básica à saúde.

5 Reflexão sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso frente à expectativa que tinha foi de grande aprendizado, visto que ampliei meus conhecimentos teóricos e práticos já adquiridos e que foram aperfeiçoados, somados à prática que obtive no decorrer da Graduação de Medicina, na UEA em que o internato é de dois anos, haja vista que o Ministério da Educação resolveu ampliar, especificamente, na área da saúde, os internatos em algumas faculdades: os internatos que eram de um ano, passaram para um ano e meio; os de um ano e meio passaram para dois anos, ou seja, houve uma readequação dada nos últimos cinco anos.

Mediante informações, a organização e adequação das escolas médicas no Brasil deram-se para que o aluno tivesse um maior tempo dedicado ao estágio junto ao paciente, além do que, o acompanhamento deste já é feito desde o 4º semestre por muitas faculdades, por exemplo, na disciplina de Clínica Médica, que em outras faculdades, recebe a nomenclatura de Clínica Propedêutica. O objetivo da mudança de estudo em torno da prática é propiciar um maior preparo do aluno após o término do curso.

Em relação a este curso de Especialização em Saúde da Família, o significado dele para a minha prática profissional e os aprendizados relevantes adquiridos no decorrer dele são importantes, visto revermos vários conteúdos que passaram despercebidos na Graduação de Medicina, já que muitos assuntos não se dava a devida importância que nos é cobrada na prática médica. Portanto, este curso deu-nos um direcionamento de como devemos proceder principalmente na AB que sempre a considero o alicerce da Saúde Pública.

Vale lembrar que o planejamento deste curso facilitou, de maneira substancial, a organização na construção deste TCC, o que muito nos enriquece, pois segue uma lógica de trabalho que, em minha opinião, é a melhor tanto para o desenvolvimento da prática clínica quanto para o atendimento de saúde aos usuários que buscam a Unidade de Saúde mais próxima de suas residências para terem uma atenção de qualidade.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, nº 6, 2009.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia **Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde**. Saúde e Sociedade. Santa Catarina. v. 16, nº 1, p. 57-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em 6 de jun. de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, nº 19. Série A. Norma e Manuais Técnicos, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, nº 26, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, nº 27, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, nº 28, vol. I, 1ª ed. 1ª reimp., 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, nº 28, vol. II, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. rev. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, nº 32, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, nº 33, 2012. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, nº 36, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, nº 37, 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 6 jun. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Portaria **GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 6 jun. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Portaria **2.982, de 26 de novembro de 2009**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dep. de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** /Secretaria de Atenção à Saúde, DAB – Brasília: 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em 8 Jul. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). Brasília, 3ª ed., 2010.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 13 dez. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDBAUM, M. *et al.* **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n1/12.pdf>>. Acesso em 6 Jun. 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=160030&search=a mapa|macapa](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=160030&search=a%20mapa%20macapa)>. Acesso em: 6 jun. 2014.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento.** *Ciência Saúde Coletiva*, 2003.

MENDES, H. W. B; CALDAS JÚNIOR, A. L. Prática Profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, nº 3, maio, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 6 Jun. 2014.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, nº 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em 6 Jun. 2014.

SIQUEIRA E COLS. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física:** um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Disponível em: http://pt.scribd.com/doc/104777244/Siqueira-e-cols-2009-Barreiras-arquitetonicas#force_seo. Acesso em 13 dez. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1 supl.1): 1-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>. Acesso em 8 Jul. 2014.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde na Família: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 61, nº 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em 6 Jun. 2014.

STEWART - BROWN, S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?:** WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf. Acesso em 13 dez. 2014.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, nº 15 (Suplemento), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em 6 jun. 2014.

APÊNDICE A – Material informativo sobre a ação programática HAS

Médico: Dr. Airton Araújo (Macapá – AP /UBS – Perpétuo Socorro)

Entendendo o que é **hipertensão arterial** (pressão arterial)

1. O que é hipertensão arterial ou pressão alta?

É quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, ficando acima dos valores considerados normais que é 120/80 mmHg (12 por 8).



Existe um número mágico que determina isso?

A pessoa é considerada hipertensa quando a pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90 mmHg (14 por 9) em várias medidas, realizadas de forma correta, com aparelhos calibrados por profissional capacitado.



NÃO ESQUEÇA: O ótimo para pressão é 120/80 mmHg (12 por 8), pois o risco cardiovascular pode iniciar-se com a pressão arterial acima de 12 por 8 mmHg.

Por que é importante saber qual sua pressão arterial e tratar adequadamente quando ela estiver aumentada?

Porque a hipertensão arterial ou pressão alta, quando não tratada, é o principal fator de risco para derrames, doença do coração como infarto, insuficiência cardíaca,

angina, insuficiência renal ou paralisção dos rins, lesões nas artérias e alterações na retina, comprometendo a visão.

Quais as pessoas com maior risco de ficar hipertensas?

1. Quem tem hipertenso na família.
2. Quem tem excesso de peso.
3. Quem NÃO tem uma alimentação saudável.
4. Quem consome muito sal.
5. Diabéticos.
6. Quem consome muito bebida alcoólica.
7. Indivíduo da raça negra.
8. O risco também aumenta com a idade.

Segundo a 7ª Diretriz Americana para tratamento da hipertensão arterial afirma que as pessoas com pressão normal até 55 anos têm um risco de 90%, a partir desta idade, de desenvolver hipertensão.

Quais os sintomas da hipertensão arterial ou pressão alta?

A maioria das pessoas com hipertensão, inicialmente, não apresentam nenhum sintoma, por isso, ela é chamada de “inimiga silenciosa”. Os sintomas atribuídos ao aumento da pressão, como dor de cabeça, cansaço, tonturas, sangramento pelo nariz e outros, algumas vezes não estão relacionados a ela, por isso a única forma de saber se a pressão está alta ou não é verificando-a.

SE VOCÊ É HIPERTENSO, O QUE DEVE FAZER?

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO /

Mudar os hábitos de vida:

1. Diminua o sal da comida. Nunca ultrapassar seis gramas por dia, ou seja, uma colher de chá para toda a alimentação diária.



Retire o saleiro da mesa.



Use temperos naturais como limão, cebola, alho e cheiro-verde.

2. Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.

O uso em excesso de bebidas alcoólicas, acima de 30 ml/dia de etanol para homens, 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso, aumenta a pressão arterial, sendo também uma das causas de resistência ao tratamento anti-hipertensivo.

As pessoas que não conseguirem obedecer a esses limites deverão abandonar o uso de bebidas alcoólicas.



3. Mantenha um peso saudável, ou seja, um IMC abaixo de 25 kg/m².

Procure um profissional de saúde e peça para calcular o seu IMC (Índice de Massa Corpórea), que é feito da seguinte maneira:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$$



4. Faça atividade física, evite ficar parado.

Faça caminhadas, suba escadas em vez de usar o elevador, ande de bicicleta, nade, dance etc. ou acumule pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, em pelo menos cinco dias da semana.



5. Não fume!

O hábito de fumar é, depois da hipertensão, o principal fator de risco para doenças cardiovasculares.



6. Tenha uma alimentação saudável.

Evite:

* Açúcares e doces; * Frituras; * Derivados de leite na forma integral com gordura; * Carnes vermelhas com gordura aparente e vísceras; * Alimentos processados e industrializados: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote.



Prefira:

* Alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados; * Temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha; * Verduras e legumes; * Produtos lácteos e desnatados.



7. Controle o estresse

Tente levar os problemas do dia-a-dia de uma maneira mais tranquila. A “arte de viver” está em convivermos com os problemas do dia-a-dia com sabedoria e tranquilidade.



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tome as medicações conforme orientação médica.

Não lute contra o remédio, ele é um grande aliado.

Qualquer dúvida sobre medicamento converse com seu médico.

O sucesso do tratamento inicia-se com uma boa relação médico-paciente.

LEMBRE-SE

1. Hipertensão arterial ou pressão arterial não tem cura, mas tem controle.
2. O tratamento da hipertensão para toda a vida.
3. Trate, adequadamente, a hipertensão. Mais importante que prolongar a vida é manter a qualidade de vida.

4. Se você for obeso, seu risco de doença do coração é maior. Quando você emagrece, pode diminuir sua pressão ou até mesmo normalizá-la. Deste modo, poderá precisar tomar menos remédios.
5. Se você for fumante, precisa saber que tem um risco maior de ter infarto, derrame, doenças nas artérias, câncer de pulmão e várias outras doenças.

Mantenha o peso adequado.



Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.



Não fume.



Tenha uma alimentação saudável.

Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.



Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.



Evite o estresse.



Tome a medicação conforme orientação médica.

Apêndice B – Material informativo sobre a ação programática DM
Médico: Dr. Airton Araújo (Macapá – AP /UBS – Perpétuo Socorro)

O que é Diabetes?

Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzida no pâncreas, pelas chamadas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia.

Como posso saber se estou Diabético?

O diagnóstico laboratorial pode ser feito de três formas e, caso positivo, deve ser confirmado em outra ocasião. São considerados positivos os que apresentarem os seguintes resultados:

- 1) glicemia de jejum > 126 mg/dl (jejum de 8 horas)
- 2) glicemia casual (colhida em qualquer horário do dia, independente da última refeição realizada (> 200 mg/dl em paciente com sintomas característicos de diabetes.
- 3) glicemia > 200 mg/dl duas horas após sobrecarga oral de 75 gramas de glicose.

O diagnóstico precoce do diabetes é importante não só para prevenção das complicações agudas, como também para a prevenção de complicações crônicas.

Fonte: <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>

COMPLICAÇÕES DO DIABETES

As pessoas que sofrem diabetes devem manter bem controlados os seguintes “hiper”:

- * Hipertensão → Pressão sanguínea alta
- * Hiperlipidemia → Altos níveis de gordura no sangue
- * Hiperglicemia → Altos níveis de açúcar no sangue

Esses fatores podem causar problemas nos pés, olhos, rins, nervos, coração, dentes e gengivas, além de acidentes cerebrovasculares.

CUIDADOS COM OS PÉS

- * Mantenha a pele limpa.
- * Use sapato e meias adequados.
- * Mantenha os pés secos e macios.
- * Observe-os todos os dias.
- * Observe se você sente dor, se seus pés estão adormecidos e se as feridas não cicatrizam.



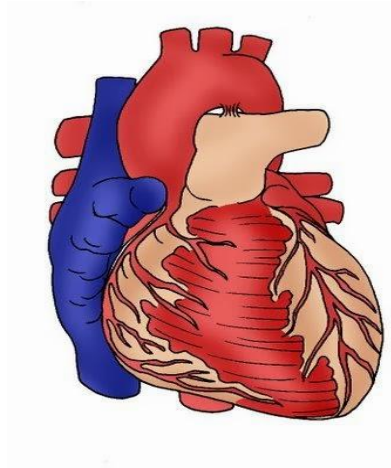
CUIDADOS COM OS OLHOS

- * Consulte um oftalmologista no mínimo uma vez ao ano.
- * Se sua visão está turva, se enxerga mal, com manchas, se é míope e esta alteração aumenta, ao consultar o oftalmologista informe-o de que você é diabético.



CUIDADOS COM O CORAÇÃO E COM O CÉREBRO

- * Não fume.
- * Com uma dieta equilibrada e um programa de exercícios físicos, você contribuirá para que suas artérias não se obstruam.
- * Observe se você sente dores de cabeça e tem respiração difícil.
- * Realize controle com um especialista uma vez ao ano.



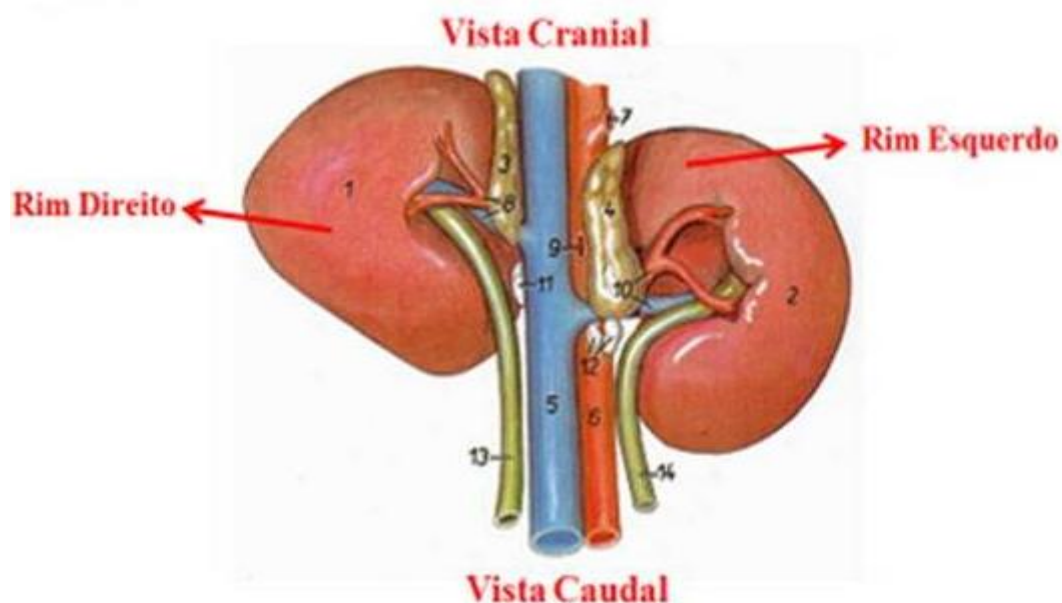
CUIDADOS COM OS DENTES

- * Use uma escova de dentes macia.
- * Escove os dentes após cada refeição.
- * Massageie as gengivas.
- * Use fio dental todos os dias.
- * Visite, periodicamente, o dentista.



CUIDADOS COM OS RINS

- * Seu médico verificará o nível de proteínas na urina, solicitando microalbuminúria, periodicamente.
- * Controle sua pressão arterial.
- * Possivelmente, com a orientação do seu médico, haverá uma diminuição de ingestão de proteínas em sua alimentação.



TRATAMENTO E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL PARA UM DIABÉTICO



Alimentação saudável:


- * Uma dieta saudável pode auxiliar na cicatrização de feridas. Hábitos alimentares adequados também auxiliam no controle dos níveis de açúcar no sangue, no peso e de problemas nas articulações.
- * Ingerir alimentos com baixos teores de gordura.
- * Evite alimentos contendo muito açúcar.
- * Manter rigorosamente a dieta controlada, conforme recomendação médica ou do nutricionista.

Atividade física:

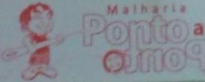
- * Exercícios e atividade física aumentam a circulação sanguínea principalmente nas extremidades do corpo e podem auxiliar no controle dos níveis de açúcar no sangue e do peso, assim como manter as articulações saudáveis.
- * Caminhar é o melhor exercício.
- * Use calçados adequados e confortáveis para caminhar.
- * Procure realizar as caminhadas em superfícies planas.
- * Evite caminhadas em caso de dor ou feridas nos pés.
- * Evite fazer exercícios que forcem os músculos de forma constante, especialmente com muito peso.
- * Realize atividades físicas, respeitando seus limites, seguindo orientações médicas.

ANEXO 1 – REQUISICÃO DE EXAME

 Prefeitura Municipal de Macapá	Unidade de Saúde <input type="text"/>		 SEMSA
	REQUISIÇÃO DE EXAME		
Registro <input type="text"/>	Nome do Paciente <input type="text"/>		Idade <input type="text"/>
		Sexo <input type="text"/>	
Serviço <input type="text"/>	Ambulatório <input type="text"/>	Internado <input type="text"/>	Leito <input type="text"/>
		Categoria <input type="text"/>	
Dados Clínicos <input type="text"/>			
Data <input type="text"/>	Carimbo Assinatura e CRM do Médico <input type="text"/>		Sistema Único de Saúde <input type="text"/>



Este Papel está sendo reutilizado.
Reciclar, ato de respeito com o meio ambiente.



Matharia Ponto a Ponto (96) 3233-4228

ANEXO 2 – FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA



MAGAPÊ
PREFEITURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAGAPÊ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAÚDE
MUNICIPAL

FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA - FMS

Nome do Paciente		Sexo
Nome da Mãe		Data Nascimento
Tipo de Atendimento	Especialidade	
Diagnóstico Inicial (CID)	Descrição	
Médico Solicitante		CPF

CONFIRMAÇÃO DA MARCAÇÃO DA CONSULTA

Nome do Médico	Data	Componecer às
----------------	------	---------------




*Este Papel está sendo reutilizado.
Reciclar, ato de respeito com o meio ambiente.*





Pontal
S.A.

Materiais Pontal a Pontal (00) 3223-4220


ANEXO 3 – RECEITUÁRIO

		PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ RECEITUÁRIO		01 - Unidade de Saúde <input type="text"/>
02 - Registro <input type="text"/>	03 - Nome do(a) Paciente <input type="text"/>		04 - Categoria <input type="text"/>	
05 - Endereço do Paciente <input type="text"/>				
06 - <input type="text"/>				
07 - Data <input type="text"/>	08 - Assinatura do (a) Médico e C. R. M. <input type="text"/>			
Mantenha atualizada a carteira de vacinação do seu filho Amamentar seu filho até 06 meses, pelo menos A nutrição é o combustível do crescimento				

ANEXO 4 – RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

	PREFEITURA MUNIIPAL DE MACAPÁ RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
Identificação do (a) Médico: Nome: _____ CRM: _____		1ª via Farmácia 2ª via Paciente
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição:		Carimbo/Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Ass. do Farmaceutico Data ____/____/____	

ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE CONSULTA PEDIÁTRICA

SEMSA <small>Secretaria Municipal de Saúde</small>		CONSULTA PEDIÁTRICA				 <small>Poderes Municipais de Maceió Secretaria Municipal de Saúde</small>	
Registro nº		Nome da Criança:				Data de Nascimento:	
Endereço:				Nome da Mãe:			
<small>ANTEC. PESSOAS (Gestação, parto, doenças anteriores, internações, etc.)</small>				<small>ANTEC. FAMILIARES (CTB, Mx, Alergia, Diabetes, Convulsões, etc.)</small>			
Data:	Idade:	Peso:	Estatura:	Temperatura:	PC		
Motivo da Consulta:				Contatos atuais:			
Exame Físico Sumário:				<input type="checkbox"/> Sintomático Resp. <input type="checkbox"/> Sintomático Derm.			
Estado Nutricional:				Diagnóstico:			
Vacinação:				Alimentação:			
Prescrição:				Carimbo/Rubrica:			
Data:	Idade:	Peso:	Estatura:	Temperatura:	PC		
Motivo da Consulta:				Contatos atuais:			
Exame Físico Sumário:				<input type="checkbox"/> Sintomático Resp. <input type="checkbox"/> Sintomático Derm.			
Estado Nutricional:				Diagnóstico:			
Vacinação:				Alimentação:			
Prescrição:				Carimbo/Rubrica:			



ANEXO 7 – FICHA ESPELHO A

[illegible]

ANEXO 8 – FICHA ESPELHO B

[illegible]

ANEXO 9 – INFORMATIVO SOBRE DIABETES (FACE A)

DEDICAÇÃO E
RESPEITO
AO DIABÉTICO



Sistemas de aplicação de insulina

Novo Nordisk
14 44 66

PARCERIA NA EDUCAÇÃO PARA UMA
MELHOR QUALIDADE DE VIDA

NOVOCARE
DIABETES SERVICES

COMPLICAÇÕES
DO DIABETES



ANEXO 10 – INFORMATIVO SOBRE DIABETES (FACE B)

COMPLICAÇÕES DO DIABETES

As pessoas que sofrem de diabetes devem manter bem controlados os seguintes "hiper":

- Hipertensão → Pressão sanguínea alta
- Hiperlipidemia → Altos níveis de gordura no sangue
- Hiperglicemia → Altos níveis de açúcar no sangue

Esses fatores podem causar problemas nos pés, olhos, rins, nervos, coração, dentes e gengivas, além de acidentes cerebro-vasculares. Seu médico verificará se você apresenta algum desses fatores "hiper" e ajudará a controlá-los. Às vezes é necessária a intervenção de um especialista.

CUIDADOS COM OS PÉS

- Mantenha a pele limpa.
- Use sapatos e meias adequados.
- Mantenha os pés secos e macios.
- Observe-os todos dias.
- Observe se você sente dor, se seus pés estão adormecidos e se as feridas não cicatrizam.

CUIDADOS COM OS OLHOS

- Consulte um oftalmologista no mínimo uma vez ao ano.
- Se sua visão está turva, se enxerga mal, com manchas, se é miope e esta alteração aumenta, ao consultar o oftalmologista informe-o de que você é diabético.

CUIDADOS COM O CORAÇÃO E COM O CÉREBRO

- Não fume.
- Com uma dieta equilibrada e um programa de exercícios físicos você contribuirá para que suas artérias não se obstruam.
- Observe se você sente dores de cabeça e tem a respiração difícil.
- Realize controle com um especialista uma vez ao ano.

CUIDADOS COM OS DENTES

- Use uma escova de dentes macia.
- Escove os dentes após cada refeição.
- Massageie as gengivas.
- Use fio dental todos os dias.
- Visite periodicamente o dentista.

CUIDADOS COM OS RINS

- Seu médico verificará o nível de proteínas na urina, solicitando microalbuminúria periodicamente.
- Controle sua pressão arterial.
- Possivelmente, com a orientação do seu médico, haverá uma diminuição de ingestão de proteínas em sua alimentação.

Lembre-se: O controle rigoroso dos níveis de glicose no sangue, pode ajudar na prevenção de complicações tardias do Diabetes. Por isso, faça seu controle diariamente. Converse com seu médico e faça perguntas. Lembre-se: a prevenção é a chave mais importante e você.

ANEXO 12 – INFORMATIVO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O QUE É UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

É uma alimentação com todos os nutrientes necessários para um bom desenvolvimento e manutenção do nosso organismo.

Existem seis tipos de nutrientes

- ⇒ Proteínas
- ⇒ Carboidratos
- ⇒ Gorduras
- ⇒ Vitaminas
- ⇒ Sais Minerais
- ⇒ Água

Cereais, milhos, tubérculos e pães: fontes de carboidrato complexo. Dão energia para realizar as atividades diárias.

Legumes, verduras e frutas: fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Carnes e ovos: fontes de proteínas animais e ferro.

Feijões: fontes de proteínas vegetais e fibras.

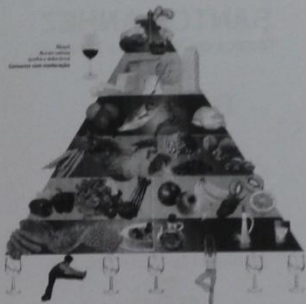
Leite e derivados: fontes de proteínas animais e de cálcio.

Óleos e gorduras: são as gorduras vegetais e gorduras animais. Também chamados de lipídios. Fornecem muita energia ao organismo e são necessários para a absorção das vitaminas A, D, E e K.

Açúcares e doces: fontes de carboidratos simples. Estes são mais rapidamente absorvidos e aproveitados pelo organismo. Mas assim como os óleos e as gorduras, devem ser consumidos com moderação.

NOVA PIRÂMIDE ALIMENTAR

O novo conceito de alimentação saudável*




* Walter C. Willett

Coma uma grande variedade de alimentos ricos em nutrientes. Você precisa de mais de 40 nutrientes diferentes, e nenhum alimento os fornece todos. A sua escolha diária deve incluir pães e outros produtos à base de cereais, frutas, vegetais, laticínios, carnes, aves, peixes e outros alimentos proteicos. A quantidade que deverá comer depende das calorias que necessita, variando com o sexo, a idade, a altura, a atividade, o estado de saúde e outros fatores inerentes a cada indivíduo.

Dicas para uma alimentação saudável:

- Utilize o mínimo possível de óleo nas preparações.
- Varie os tipos e cores dos alimentos, para melhor distribuir os nutrientes.
- Beba no mínimo 2L de água por dia.
- Evite o consumo de bebidas alcoólicas e cigarros.
- Quando for almoçar fora, sempre opte pelas preparações menos gordurosas.
- Dê preferência aos alimentos assados, cozidos, grelhados em substituição às frituras.
- Inicie sempre as refeições com um prato de salada.
- Coma lentamente, mastigando bem os alimentos.
- Use sal com moderação. Alimentos que o consumo deve ser evitado: sempre prontos, shoyu e caldos de carne. Dê preferência a ervas naturais como condimento.



ANEXO 13 – PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE COLESTEROL (FACE A)

COLESTEROL

perguntas & respostas

1. O que é o colesterol?

O colesterol é uma substância gordurosa que está presente em nosso organismo no sangue circulante e é útil para a formação da estrutura das células humanas e de alguns tipos de hormônio.

À medida que envelhecemos, o colesterol vai se infiltrando na parede dos vasos que levam sangue ao coração e ao cérebro, formando placas de gordura que obstruem o vaso e dificultam a chegada de sangue rico em oxigênio a esses órgãos. As consequências disso são: aumento do risco de infarto do coração (ataque cardíaco), derrame cerebral e de morte.

O colesterol é produzido em nosso próprio organismo pelo fígado e também provém de alimentos ricos em gorduras animais que ingerimos nas refeições como leite integral, gema de ovo, queijo amarelo e carnes gordas.

De cada 3 a 5 pessoas adultas, 1 tem colesterol alterado. Tratamentos voltados para reduzir o colesterol são fundamentais para diminuir o risco de doenças ligadas ao coração e aos vasos sanguíneos, tanto em pessoas que já sofrem de doenças cardíacas como entre as que se encontram sob risco de desenvolvê-las.

2. Quais os tipos de colesterol que existem?

Normalmente nos preocupamos quando o nosso colesterol está elevado. Na verdade, existe um colesterol denominado LDL-colesterol ou colesterol ruim e um outro tipo considerado bom, denominado HDL-colesterol.

Além disso, é importante conhecermos outra partícula gordurosa denominada triglicérides, que muitas vezes está presente no sangue em quantidades elevadas e tem grande importância para a definição do risco de doenças cardiovasculares. Os triglicérides são considerados perigosos porque podem contribuir para a diminuição dos níveis do bom colesterol (HDL-colesterol) e para a formação de um tipo ainda mais

perigoso de mau colesterol, denominado LDL pequena e densa. A LDL pequena e densa é uma partícula bem pequena e rica em colesterol. Com isso, ela se infiltra na parede do vaso com mais facilidade e desenvolve uma doença conhecida como aterosclerose.

3. O que é HDL-colesterol?

O HDL-colesterol é uma partícula do sangue conhecida como bom colesterol porque atua eliminando a gordura que foi depositada nas paredes dos vasos. Esse processo de limpeza é importante para prevenir o ataque cardíaco e o derrame cerebral.

4. Qual o papel do HDL-colesterol?

O HDL-colesterol atua principalmente na remoção do colesterol que se encontra na parede dos vasos sanguíneos e levá-lo até o fígado onde será eliminado junto com a bile, através do intestino. Esse é o único meio que existe para eliminar o colesterol do sangue (veja a figura).

5. Qual a importância do HDL-colesterol?

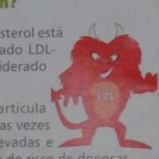


Como vimos, é muito importante aumentarmos os níveis de HDL-colesterol porque, ao contrário do que acontece com o mau colesterol, quanto mais alto estiver o HDL-colesterol, menor o risco de doenças cardíacas. Para cada 1 mg de aumento no nível de HDL-colesterol, o risco de infarto do coração diminui de 2% a 3%. Ou seja, aumentar o HDL-colesterol é tão importante quanto reduzir o LDL-colesterol.

6. Quais os níveis ideais de HDL-colesterol?

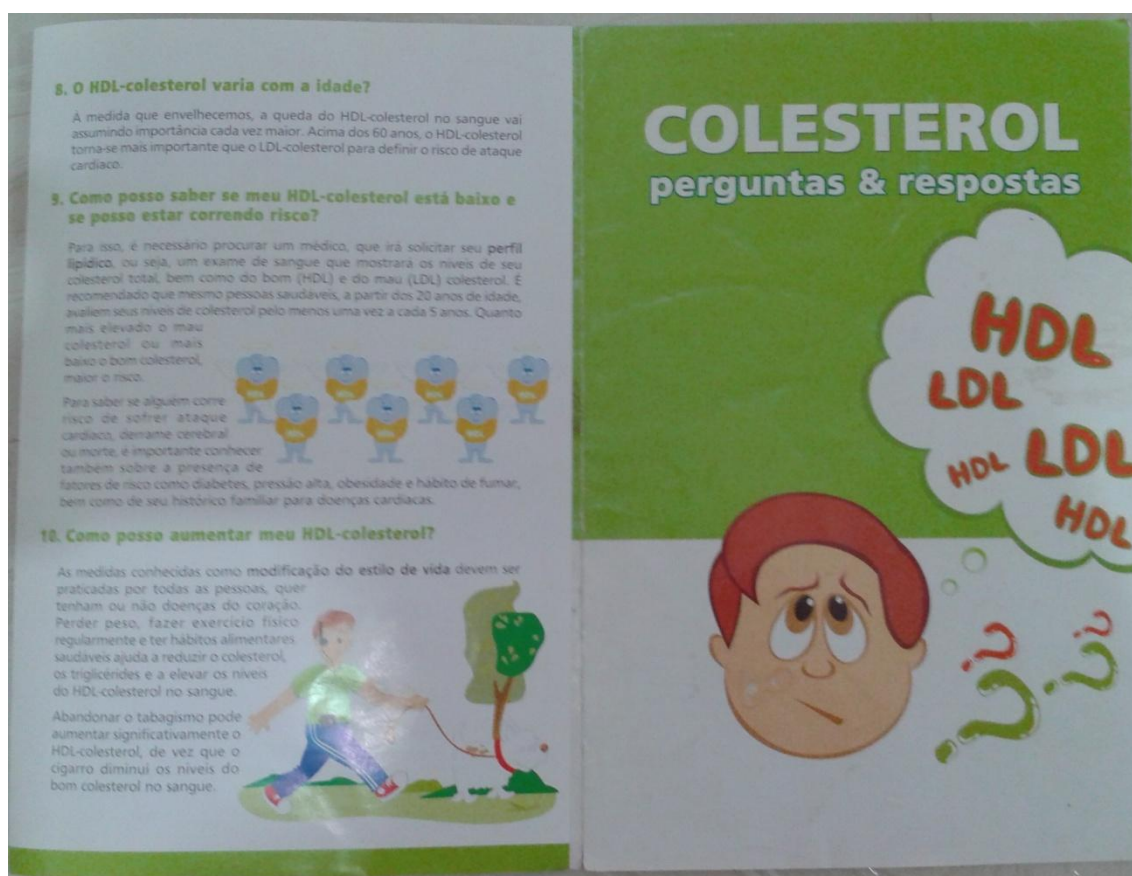
Recomenda-se que o HDL-colesterol esteja pelo menos acima de 40 mg/dl no homem e de 50 mg/dl na mulher. No entanto, vale a ideia do quanto mais alto melhor. Desse modo, alguém que tenha HDL-colesterol de 90 estará bem mais protegido que aquele que tem níveis de apenas 45.

7. O HDL-colesterol varia com o sexo?

Os níveis de HDL-colesterol podem ser mais baixos no homem, embora, na mulher, quedas menores do HDL-colesterol se relacionem com risco ainda maior de doenças do coração. É por isso que se recomenda que o HDL-colesterol na mulher seja mantido 10 mg/dl acima do que se aconselha para o sexo masculino.

ANEXO 14 – PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE COLESTEROL (FACE B)



**ANEXO 15 – ESBOÇO DA PLANILHA DE COLETA DE DADOS DO CURSO EM
VIRTUDE DA SUA FORMATAÇÃO SER EM EXCEL E PROGRAMADA**

Nº pacte	Nome pcte	Idade pcte	Pcte é Hipert.?	Pcte é Diab.?	Exame clínico em dia	Exames Compl. em dia	Nec. Tomar medic.?	Med. Lista hiper/dia ou far. Popular?

Aval. odont.	Pcte falto so	Busca Ativa	Registro adequa do	Estr. de risco	Orientação aliment. Saudável	Orient. Ativ. Física	Orientação Risco Tabagismo	Orient. Higiene bucal